

乳幼児 障害福祉 高年齢障害				福祉医療費受給資格 認定 変更 更新		申請書		※ 受給者番号	
対象者	ふりがな			個人番号					
	氏名			男 女	生年月日	年 月 日			
	住所								
保護者等	氏名			個人番号					
				対象者との続柄					
加入 医療 保険	被保険者氏名								
	※ 保険種別	健（政・組）・船・日・共国（町・組）・後期高齢							
	被保険者番号								
	保険者名								
変更 申請 の場合	変更する項目	変 更 後		変 更 前					
乳幼児 上記のとおり 障 害 福祉医療費受給資格 高年齢障害 認定 変更 更新 の申請をします。 なお、私の世帯の税額等の確認については、課税担当課長が保管している課税台帳等により住民課長が行うことに同意します。（乳幼児のみ） 年 月 日 申請者 住 所 （保護者） 氏 名 個人番号 電話番号 印 越知町長 様									
(注) 1 加入医療保険の資格確認書等を提示してください。 2 申請者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。（乳幼児のみ） 3 ※印の欄は記入しないでください。				※ 処 理 欄	番号	有 効 期 限			
						年 月 日 年 月 日			