

様式第1号(第2条関係)

乳幼児等 障害福祉医療費受給者資格 高齢障害										認定 変更申請書 更新										* 受給者番号																													
対 象 者	ふりがな																				生 年 月 日	明・大 昭・平 令	年	月	日																								
	氏 名										男女																																						
	個 人 番 号																																																
	住 所										四万十市																																						
保護者等	氏 名																				対象者との 続 柄																												
	個 人 番 号																																																
加入医療 保険 (認定及 び変更申 請 の 場 合)	被 保 険 者 氏 名																				対象者との 続 柄																												
	個 人 番 号																																																
	被 保 険 者 証 の 記 号 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																												
乳幼児等 上記のとおり 障害福祉医療費受給者資格 高齢障害																														認定 変更 更新										の申請をします。									
なお、私の世帯の課税・所得状況、児童手当の受給及び加入医療保険における被保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を、福祉事務所長が担当課又は関係機関に確認することに同意します。																																																	
令和 年 月 日																																																	
申請者 住 所 四万十市 (保護者)																																																	
氏 名 ⑩																																																	
電話番号 自宅 携帯																																																	
被保険者 (申請者と異なる場合、ご記入ください。)																																																	
氏 名 ⑩																																																	
四万十市長 様																																																	

(注) 1 加入医療保険の被保険者証を同時にお示しください。
2 乳幼児等の場合、申請者は児童手当受給者になります。
3 *印の欄は記入しないでください。