様式第1号(第2条関係)

乳幼児等					認	定						*	受	給	者	番	号
障 害 福祉医療費受給者資格					変	更		申	請	書							
高齢障害 更 新																	
対象者	ふりがな											生					
	 氏 名										男	年	大	• 昭	左		3 11
	71					, , , .			7			月平・令			年	J	日
	個人番号											日					
	<i>A</i> = = = = = = = = = = = = = = = = = = =	m	, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>										-				
	住所	四万-	十巾														
保護者等	氏名											対象者との					
		1 1								があるこの							
	個 人 番 号	1		!	!	 - - 		 	 	1	1	אוער	117				
加入医療保険(認定及	被保険者						対象者と							_			
	氏 名	:		<u>:</u>	<u>:</u>	:			<u>. </u>		:	対象 続		の 柄			
	個人番号								! ! !			1171		173			
び変更申																	
請の場	記号・番号																
合)	保険者名																
亦更由註	変更する項目				変 更 後							2	K Z	更	前	ĵ	
変更申請の場合																	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·																	
	(乳幼		>	_							認定						
上記のとおり 障 害 福祉医療費受給者資格 変更 の申請をします。										r.							
高齢障害 更新 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、子育て支援課長が担当課又は関係機関に確認することに同意し																	
<u>ます。</u>																	
										令	和	年	F		日		
申請者住 房					f 四万十市												
(保護者) - 氏 名																	
<u>氏 名</u>																	
電話番号					ŀ	自宅						携	带				
 被保険者 (申請者と異なる場合、ご記入ください。)																	
	(校) (未	 火 白	(甲)	明白。	⊂ 乗/	か	勿	1,	_ fil	山八	、だ	C11,0)				
			氏	名													
四万十市長 様																	

- (注) 1 加入医療保険の資格確認書類等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。