

様式第1号(第2条関係)

<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">乳幼児等</span>		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">認定</span>		* 受給者番号																					
障害福祉医療費受給者資格 高齢障害		変更 更新		申請書																					
対象者	ふりがな																								
	氏名	男女																							
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
住所	四万十市																								
保護者等	氏名					対象者との 続柄																			
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	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																					
	/		/		/																				
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">乳幼児等</span>		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">認定</span>																							
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。 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ます。																									
令和 年 月 日																									
申請者 住所 (保護者)																									
氏名 _____																									
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 _____																									
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。