

| | | | | | | |
|---|------------------------|---|---------|-------------|--|--|
| 乳 幼 児 児 童 障 害 高 齢 障 害 | | 認 定 変 更 再 交 付 更 新 喪 失 | | ※ 受給者番号 | | |
| 医療費受給資格 | | 申請(届出)書 | | | | |
| 対象者 | フリガナ | 男・女 | 生 年 月 日 | 大正・昭和 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | 平成・令和 | | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 統一個人番号 | | | | | |
| 保護者等 | 氏 名 | 対 象 者 との 続 柄 | | | | |
| 加入医療保険 | 被 保 険 者 氏 名 | | | | | |
| | ※ 保 険 種 別 | 国 ・ 健 協 会 ・ 国 組 ・ 共 ・ 健 組 ・ 船 ・ 日 ・ 政 ・ 後 期 高 齢 | | | | |
| | 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 | | |
| | | | | | | |
| <div>乳 幼 児 児 童 障 害 高 齢 障 害</div> <div>認 定 変 更 再 交 付 更 新 喪 失</div> <div>上記のとおり 医療費受給者資格 再交付の申請(届出)をします。</div> <p>なお、私(世帯)の課税状況・所得状況・世帯状況・児童手当受給状況の確認については、医療費の助成が受けられる期間において、各担当課長が保管している台帳等により、福祉医療担当課長が行うことに同意致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者(保護者) 住 所 氏 名 ⑩</p> <p>統一個人番号</p> <p>電話番号 () —</p> <p>日 高 村 長 様</p> | | | | | | |

(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 申請者(保護者)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。

| | | | | |
|--------|-----|---------|-----|---|
| 決 裁 | 課 長 | 課 長 補 佐 | 係 長 | 係 |
| | | | | |