

乳幼児 児童 障害 高齢障害		認定 変更 再交付 更新 申請(届出)書 墓失		※受給者番号				
対象者	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年月日			
	氏名							
	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				
上記のとおり 乳幼児 児童 障害 医療費受給者資格 高齢障害 認定 変更 再交付 更新 墓失 の申請(届出)をします。								
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。								
令和 年 月 日								
申請者(保護者) 住 所 氏 名 統一個人番号								
(印)								
電話番号 () -								
日高村長様								
(注) ①加入医療保険の被保険者証を同時に示してください。 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	課長佐	係長	係