様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児児童障害高齢障害 | 医療費受給資格 | 認定変更更新再交付 | 申請書 |

 | ＊　受給者番号 |
|  |
| 対象者 | ふりがな |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 男女 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 土佐清水市 |
| 保護者等 | 氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者との続柄 |  |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  |
| ＊保険種別 | 国 ・ 国組 ・ 協 ・ 健組 ・共 ・後期 |
| 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 | 乳幼児児童障害高齢障害 | 医療費受給資格 | 認定変更更新再交付 | の申請をします。 |

なお，私の世帯の税額等の確認については，課税担当課長が保管している課税台帳等により福祉事務所長が行うことに同意します。（児童を除く）　　年　　月　　日申請者　　住所（保護者）氏名電話番号　　（　　　）　　　－土佐清水市長　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 申請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。