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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　加入医療保険の資格確認書等を同時にお示しください。

２ 申請者は保護者になります。（乳幼児・児童のみ）

３　＊印の欄は記入しないでください。