

福祉医療費受給資格認定申請書

1 障がい者（一般・高齢） 2 一人親家庭等 ③ 子ども 4 その他（	(申請理由) 番号に○印をつけてください。 ○ 資格取得 1. 出生 2. 転入 3. 年齢到達 4. 手帳等取得（ ） 5. 父母の離婚・死亡 令拡大に伴う資格取得（ ） 住所 3. 医療保険 4. 保護者等 その他（ ） 3. その他（ ）
--	--

記入例

○ 届出事由発生年月日
○ 認定を受ける期間 (受給資格証の有効期間) 年 月 日から 年 月 日
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	受給者番号	
	個人番号	
	フリガナ	タマキ ハナコ
	氏名	玉城 花子
	性別	男・ <u>女</u> 生年月日 <u>平成</u> ・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所	玉城町田丸114番地2	

保護者等	個人番号	
	氏名	玉城 太郎
	住所	玉城町田丸114番地2

扶養義務者	個人番号	
	氏名	玉城 良子
	住所	玉城町田丸114番地2

加入医療保険	被保険者	氏名	
		住所	
	加入日		
	記号番号		
	発行機関	名称	
		所在地	

添付書類
加入医療保険情報のわかるもの
(健康保険証や資格確認書など 1点)

振込口座	金融機関	<u>銀行</u> <u>〇</u> X 信用金庫 <u>△</u> 農協 <u>□</u> <u>支店</u> <u>支所</u>
	預金種別	<u>①</u> 普通 (総合) 2. 当座
	口座番号	XXXXXXXX
	口座カナ氏名 口座名義人	タマキ タロウ

添付書類
通帳または
キャッシュカード
の写し

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）及び所得状況等の必要事項を調査されることを承諾します。

玉城町長 あて

令和 7 年 6 月 10 日 住所 玉城町田丸114番地2

助成を受ける方又は保護者等

氏名 玉城 太郎

TEL 0596 - 58 - 8203