

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。 <input type="radio"/> 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 ⑥ その他 ( 年齢拡大に伴う資格取得 ) <input type="radio"/> 届出事項変更 1. 氏名 2. 住所 3. 医療保険 4. 保護者等 5. 振込先 6. その他 ( ) <input type="radio"/> 資格喪失 1. 死亡 2. 転出 3. その他 ( )
--	--

○ 届出事由発生年月日 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												
	氏名												
	性別	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日						
住所													

保護者等	個人番号												
	氏名												
	住所												

扶養義務者	個人番号												
	氏名												
	住所												

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	保険者番号 ( )						保険者番号 ( )					
		所在地												

振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店 支所	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
	預金種別	1. 普通 (総合)	2. 当座	1. 普通 (総合)	2. 当座
	口座番号				
	口座カナ氏名 口座名義人				

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 助成を受ける方又は保護者等  
 令和 年 月 日 住 所  
 氏 名  
 T E L