

受給者 番号	
-----------	--

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書・変更届・喪失届

いなべ市長

年 月 日

下記のとおり福祉医療費受給資格の申請（届）をします。なお、必要に応じ医療費助成に関する所得状況などの事項をいなべ市が調査（個人番号を使った情報照会を含む）することを承諾します。

記

(種別) 1 障がい者(一般・後期高齢者医療) 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 6.その他( ) ○届出事項変更 1.氏名 2.住所 3.保険証 4.保護者等 5.振込先 6.その他 ○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 まで

助成対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	個人番号			
	住所	いなべ市		
申請者 (助成対象者・保護者等)	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	個人番号			
	住所	いなべ市	電話 ( )	□助成対象者と同じ

下記の者は、医療費助成に関する所得状況などの事項について、個人番号を使った情報照会を行うことに同意します。

申請者以外の保護者等	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	個人番号			
	住所	いなべ市	電話 ( )	□助成対象者と同じ

加入保険の状況	被保険者	氏名	
		住所	いなべ市
	加入日	年 月 日	
	記号・番号		
	発行機関	名称	保険者番号 ( )
	所在地		

振込先口座	金融機関名	銀行	支店	預金種別	1.普通(総合)	2.当座
		金庫	支所	口座番号		
		農協	出張所	口座名義人(カナ記入)		
	金融機関コード					

**【明示事項】**

福祉医療受給資格認定事務に必要な地方税関係情報を、個人番号による情報照会により取得します。

(これには地方税関係情報が必要となる方すべての同意が必要となり、同意する方は自ら署名していただく必要があります。)

**受付担当者記入欄**

	本人確認 (※代理人本人確認)	個人番号確認	本人署名確認 (※代理人代筆確認)
助成対象者	運転免許証・個人番号カード パスポート・障害者手帳 健康保険証・介護保険証 福祉医療費受給資格証 その他 ( )	個人番号カード 通知カード その他 ( )	<input type="checkbox"/> 確認できた <input type="checkbox"/> 確認できなかった
申請者	運転免許証・個人番号カード パスポート・障害者手帳 健康保険証・介護保険証 福祉医療費受給資格証 その他 ( )	個人番号カード 通知カード その他 ( )	<input type="checkbox"/> 確認できた <input type="checkbox"/> 確認できなかった
申請者以外の保護者等	運転免許証・個人番号カード パスポート・障害者手帳 健康保険証・介護保険証 福祉医療費受給資格証 その他 ( )	個人番号カード 通知カード その他 ( )	<input type="checkbox"/> 確認できた <input type="checkbox"/> 確認できなかった

※委任状を持参し、代理人が代筆する場合の本人確認および本人署名確認欄は、代理人の本人確認および代筆確認となります。

保険年金課・総合窓口課で個人番号を確認することに了承

( 済 ・ 未 )

受付