

様式第3号その1 (第6条、第8条、第14条関係) 福祉医療費受給券交付申請書

様式第3号 (第4条、第6条、第12条関係) 老人福祉医療費受給券交付申請書

様式第1号 (第4条関係) 重度心身障害老人等福祉助成券交付申請書

市内転居 <input type="checkbox"/>	事由発生、該当者	年 月 日
氏名変更 <input type="checkbox"/>	得喪異動日(入力日)	年 月 日
交付 <input type="checkbox"/>	回収 <input type="checkbox"/>	無効 <input type="checkbox"/>
訂正 <input type="checkbox"/>	(年 月 日)
返還指導 <input type="checkbox"/>		

助成対象者	住所 (変更後)				医療種別		
		フリガナ 氏個人番号	性別	本人Aとの続柄 生年月日	宛名番号 受給者番号	乳幼児	<input type="checkbox"/> 40255101
本人 A		男・女	年 月 日		重度心身障害者(児)	<input type="checkbox"/> 41250101 <input type="checkbox"/> 41251109 <input type="checkbox"/> 47250105 <input type="checkbox"/> 47253109	
					母子家庭	<input type="checkbox"/> 43250109 <input type="checkbox"/> 43251107	
					父子家庭	<input type="checkbox"/> 44250108 <input type="checkbox"/> 44251106	
					ひとり暮らし寡婦	<input type="checkbox"/> 45250107 <input type="checkbox"/> 45251105	
					母子家庭等		
B		男・女	年 月 日		重度心身障害老人	<input type="checkbox"/> 82250101 <input type="checkbox"/> 82251109 <input type="checkbox"/> 85250108 <input type="checkbox"/> 85253102	
					母子家庭老人	<input type="checkbox"/> 83250100 <input type="checkbox"/> 83251108 <input type="checkbox"/> 84250109 <input type="checkbox"/> 84251107	
					母子家庭老人等		
C		男・女	年 月 日		ひとり暮らし高齢寡婦	<input type="checkbox"/> 46251104 <input type="checkbox"/> 46252102 <input type="checkbox"/> 46253100	
					老人	<input type="checkbox"/> 42250100 <input type="checkbox"/> 42251108 <input type="checkbox"/> 42252106	
D		男・女	年 月 日		加入保険変更後	被保険者・世帯主	続柄
					住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)		
E		男・女	年 月 日		記号	番号	保険者番号
					協健 健保 共済 国保 後期		
配偶者		男・女	年 月 日		取得事由	喪失事由	更新事由
					<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 未来庁 <input type="checkbox"/> 職権取得 <input type="checkbox"/> 合併による取得 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 職権喪失 <input type="checkbox"/> 合併による喪失 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 年度更新 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 制度改正 <input type="checkbox"/> 年齢拡大 <input type="checkbox"/> その他
扶養義務者		男・女	年 月 日				
					住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)		

上記のとおり受給券・助成券の交付申請・届出をします。なお、申請に当たり、受給券・助成券交付時及び受給期間中に助成対象者及び家族(配偶者、扶養義務者、その他対象者)の課税台帳、住民基本台帳等必要事項について、湖南市長が調査・確認することに同意します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

湖南市長 あて

(印) 電話番号

○ ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。