

(あて先) 福島市長

- ・重度心身障がい者医療費受給資格の登録を行いたいのので申請します。
- ・右記のとおり、受給資格登録内容に変更が生じたので届け出ます。なお、助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する市民税課税状況を閲覧すること、及び加入保険の内容を調査することに同意します。

↓該当区分を○で囲んでください

申請者・届出者	住所		
	氏名	連絡先(自宅・携帯)	受給資格者証 (発行済・後日郵送・証訂正済)

申請・届出の区分	<input type="checkbox"/> 登録申請 <input type="checkbox"/> 内容変更届出	( 1 加入保険変更 2 受給資格者変更 3 振込口座変更 4 住所変更 5 氏名変更 )
----------	--	---

受給資格者(本人)	氏名		性別	生年月日		住所			電話番号	
	(フリガナ)		男 女	大正 昭和 年 月 日 平成		□申請者・届出者に同じ(記入不要です)			( ) -	
	転入年月日	平成・令和 年 月 日	福島市への住民登録	今年1月1日	有 無	昨年1月1日	有 無			
	身体障害者手帳	交付年月日	平成・令和 年 月 日	番号	第 号	障がいの程度		級		
	療育手帳	交付年月日	平成・令和 年 月 日	番号	第 号	障がいの程度		級		
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	平成・令和 年 月 日	番号	第 号	障がいの程度		級		

※市確認欄

課長

係長

担当者

重度医療

保護者	氏名	(フリガナ)	本人との関係 ( )	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成	住所	
-----	----	--------	---------------	------	----------------------	----	--

※受給資格者が未成年等の場合、記入してください。

加入保険	受給資格者の方のお名前が記載された保険証の写しを添付してください。						お勤め先	
	被保険者証の発行機関		<input type="checkbox"/> 福島県後期高齢者医療広域連合	<input type="checkbox"/> 福島市国保	記号		TEL	
	被保険者(世帯主)氏名		(フリガナ)	被保険者生年月日		年 月 日		受給資格者の保険加入 認定年月日

振込口座	受給資格者の方の通帳の銀行名・支店名・口座種別・口座番号・カナ名義がわかる部分の写しを添付してください。			
	金融機関名	支店名	口座番号	カナ名義(受給資格者)

備考	
----	--