

様式第1号 (第3条関係)

福島市重度心身障がい者医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届出書

□□-□□□□

令和 元年 6月 3日

(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確認すること、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	福島市五老内町3番1号	
	氏名	福島 太郎	受給資格者証
	連絡先(自宅・携帯)	525-3747	(発行済(受給資格者証)を添付)

受給資格者本人
が記入の場合、
押印不要

申請・届出の区分	<input checked="" type="radio"/> 登録申請 <input type="radio"/> 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)
----------	---	---

氏名	性別	生年月日	住所	電話番号
(フリガナ) フクシマ タロウ 福島 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	大正 昭和12年11月10日 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者・届出者と同じ(記入不要です)	(024) 525 - 374
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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
身体障害者手帳	交付年月日	平成・令和 元年 5月 15日	番号 第 12345 号	1 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
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	級

※市確認欄

課長

係長

担当者

加入保険

振込口座

備考

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 checked="" type="checkbox"/> 福島県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 福島市国保 <input type="checkbox"/> その他 ()	記号	番号	TEL
	被保険者(世帯主)氏名	(フリガナ) フクシマ タロウ 福島 太郎	被保険者生年月日	S 12年 11月 10日	
			受給資格者の保険加入 認定年月日	平成・令和 24年 11月 10日	

手帳の内容
を記入

保険証内容
を記入

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)
	ももりん	福島市役所 支店 出張所	123456	フクシマ タロウ

通帳内容
を記入

重度医療