

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 こども

医療費受給資格申請書

- ◎ 資格を取る
 - 1 出生
 - 2 転入
 - 3 手帳・証書取得
 - 4 更新
 - 5 その他（ ）
- ◎ 資格がなく
◎ 届出事項が変わった
 - 1 保険証変更
 - 2 保護者等・扶養義務者変更
 - 3 振込先変更
 - 4 その他（ ）
- 1 死亡
 - 2 転出
 - 3 その他（ ）

決	裁
課長	
担当監	
担当	

様

理由発生日 令和 年 月 日

届 出

変 更 前

助成を受ける方	フリガナ						
	氏名						
	個人番号	— —			— —		
	性別		生年月日	年 月 日	電話		
住所							

保護者等	氏名						
	個人番号	— —			— —		
	住所						
扶養義務者	氏名						
	個人番号	— —			— —		
	住所						

保険証の内容	被保険者	氏名						
		個人番号	— —			— —		
		住所						
	加入日		年 月 日		年 月 日			
	記号番号-枝番	— — — —			— — — —			
	発行機関	名称	保険者番号（ ）			保険者番号（ ）		
所在地								

金融機関 振込先	銀行・信用金庫・農協			支店・支所・出張所		
	1 普通 2 当座	口座番号		フリガナ		
				口座名義人		

関係書類を添えて申請いたします。

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することを承諾します。

令和 年 月 日

(宛先) 松阪市長
申請者(保護者等) 住所 _____
氏名 _____

受給資格証受領

