|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◎　届出事項が　　変わった1. 健康保険変更
2. 保護者等・扶養義務者変更
3. 振込先変更
4. その他（　　　　　）

◎　届出事項が　　　　　　 変わった　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1. 死亡
2. 転出
3. その他（　　　　　）

◎　資格がなく　　　　　　 なる　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|
| 決裁 |  | 様　 | ◎　資格がなく　　なる |
| 課長 |  |
|  |  |
| 担当 |  |
|  |

様式第１号（第４条関係）

理由発生日　　　令和　　　年　　　月　　　日

変　　更　　前

届　　　　出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成を受ける方 | フリガナ氏名 |  |  |
|  |  |
| 個人番号 | 　―　　　　　　―　 | 　―　　　　　　―　 |
| 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 　　　年　 月　 日 | 電話 |  |
| 住所 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  |  |
| 個人番号 | 　―　　　　　　―　 | 　―　　　　　　―　 |
| 住所 |  |  |
| 扶養義務者 | 氏名 |  |  |
| 個人番号 | 　―　　　　　　―　 | 　―　　　　　　―　 |
| 住所 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健 康 保 険 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 関係書類を添えて申請いたします。 | 口座名義人 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 　申 請 者（保護者等） | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 |

（宛先）松阪市長

（あて先）松阪市長

◎一人親家庭等医療助成を受ける方

○申請理由の該当番号に○印をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請理　由 | １ 離 婚　 ２ 死 亡 　３ 重度障害 　４ 生死不明 　５ 遺 棄　 ６ 拘 禁　 ７ 未 婚８　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

○助成を受ける方

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　け　　る　　方 | 氏 　　　　名 | 性 | 続柄 | 生 　年　月 　日 | 住　　　　　所 |
| 個　人　番　号 |
| 母等 |  |  |  | 年　 月　 日 |  |
| 児　　　　　　童 |  |  |  | 年　 月　 日 |  |
| 　―　　　　―　 |
|  |  |  | 年　 月　 日 |  |
| 　―　　　　―　 |
|  |  |  | 年　 月　 日 |  |
| 　―　　　　―　 |
| 　 |  |  | 年　 月　 日 |  |
| 　―　　　　―　 |

○支給状況の該当番号に○印をして証書番号を記入してください。（証書を持参）

|  |  |
| --- | --- |
| 支給状況 | １　児童扶養手当　　２　母子国民年金　　３　遺族厚生年金 |
| （番 号） |

* 障がい者医療助成を受ける方（身体障害者・療育・精神障害者保健福祉手帳を持参）

○身体障害者・療育・精神障害者保健福祉手帳の番号等を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付都道府県 | 該当に○印 | 番　　　 号 | 交　　付　　日 | 級又は障害の程度 |
|  | 身 体 ・ 療 育 ・ 精 神 | 第 　　　 　号 | 　　　　年　　月　　日 |  |

|  |
| --- |
| 《手続に持参するもの》　　　　　　　　　○ 加入健康保険の資格確認書等○ 預金通帳 （助成を受ける方の名義に限る。ただし、こどもは保護者名義）○ マイナンバーカード、個人番号通知カード又は個人番号が記載された住民票等　　　　　  |

※課税証明及び所得証明の提出について

資格取得申請をされる方及びその夫又は妻、保護者・扶養義務者等が、本年１月１日に松阪市に居

住していない場合、１月１日に居住していた市（区）町村で『課税証明書』・『所得証明書』の交付

を受け、提出していただく場合があります。