

- 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（ ）
- ◎ 資格がなくなる
 - 1 死亡
 - 2 転出
 - 3 その他（ ）

決	裁
課長	
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	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									

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

(宛先) 松阪市長 申請者(保護者等) 住所 _____
氏名 _____

◎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	
					年 月 日	
児					年 月 日	
					年 月 日	
童					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。