太枠内と申請者欄（下部）を記入してください。

様式第１号（第４条関係）

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書

（種別）	（申請理由）　番号に○をつけてください。
1 障がい者（一般・後期高齢者医療） 2 一人親家庭等 3 子ども	○ 資格取得　1. 出生　2. 転入　3. 年齢到達 4. 手帳等取得（　　）5. 父母の離婚・死亡 6. その他（　　） ○ 届出事項変更　1. 氏名　2. 住所　3. 加入医療保険 4. 保護者等　(5.) 振込先　6. その他（　　） ○ 資格喪失　1. 死亡　2. 転出　3. その他（　　）
受給者番号	

○ 届出事由発生年月日　　年　月　日

○ 認定を受ける期間　（受給資格証の有効期間　　から　　）

		（届出）	（変更前）
助成対象者	受給者番号		
	フリガナ		
	氏名		
	性別	生年月日	
	住所		
	個人番号		
保護者等	氏名		
	住所		
	個人番号		
	氏名		
	住所		
	個人番号		
加入医療保険の内容	被保険者 氏名		
	被保険者 住所		
	加入日		
	記号番号		
	保険者 名称		
	保険者番号（　　）		保険者番号（　　）
	保険者 所在地		
振込口座	金融機関	銀行　本店・支店 金庫　営業部 農協　出張所	銀行　本店・支店 金庫　営業部 農協　出張所
	預金種別	1. 普通（総合）　2. 当座	1. 普通（総合）　2. 当座
	口座番号		
	口座カナ氏名		
	口座名義人		

受付担当者

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
医療費助成に関する所得状況などの必要事項の調査をすることを承諾します。
上記の調査について本人または保護者、扶養義務者等の個人番号を利用することに同意します。

年　月　日　助成を受ける方又は保護者等（申請者）

住　所

伊賀市長　様　　**氏　名**

電　話

申請者・届出人本人確認
個人番号カード・運転免許証 旅券・在留カード その他（　　）