

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書

記入例

(種別)		(申請理由) 番号に○をつけ	
1 障がい者（一般・後期高齢者医療）		○ 資格取得 1. 出生 2. 転入 3. 年齢到達	
2 一人親家庭等		4. 手帳等取得（ ） 5. 父母の離婚・死亡	
③ 子ども		⑥ その他（ 制度改正のため ）	
受給者番号		○ 届出事項変更 1. 氏名 2. 住所 3. 保険証 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（ ）	

○ 届出事由発生年月日 令和7年 9月 1日

○ 認定を受ける期間（受給資格証の有効期間）令和7年 9月 1日から 令和 年 月 日
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	受給者番号			
	フリガナ	イガ シノブ		
	氏 名	伊賀 忍		
	性 別	女	生年月日	平成XX年XX月XX日
	住 所	伊賀市四十九町 3184 番地		
個人番号				

助成対象者の氏名、住所、生年月日などを記入してください。

保護者等	氏 名	伊賀 太郎		
	住 所	同 上		
	個人番号			
	氏 名	伊賀 花子		
	住 所	同 上		
	個人番号			

保護者（父母）の方について、記入してください。

※申請者となる保護者の本人確認書類の写しを添付してください。

加入健康保険の内容	被保険者	氏 名		
		住 所		
		加 入 日		
		記 号 番 号		
	保険者	名 称	伊賀市国民健康保険（ ）	
		所在地	伊賀市四十九町（ ）	

記入不要

お子様の加入健康保険がわかるものの写しを添付してください。

添付がないと受け付けできませんので、ご注意ください。

振込口座	金融機関	銀行 伊賀 金庫 上野 本店 支店 営業部 出張所
	預金種別	① 普通（総合） 2. 当座
	口座番号	XXXXXXXX
	口座カナ氏名	イガ タロウ
	口座名義人	伊賀 太郎

医療費助成金（県外受診分など）の振込先口座を記入してください。

※記載誤りがあると振込ができませんのでご注意ください。

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。

保護者の方が署名してください。

申請者・届出人本人確認	令和XX年XX月XX日
個人番号カード・運転免許証	
旅券・その他	

提出年月日を記入してください。

伊賀市長 様

助成を受ける方又は保護者等（申請者）

住 所 伊賀市四十九町 3184 番地

氏 名 伊賀 太郎

電 話 XXX-XXXX-XXXX