

福祉医療費受給資格 認定(更新) 申請書

交付	令和	年	月	日
却下	令和	年	月	日

支給対象者										申請者（受給者）											
フリガナ											フリガナ										
	性別											性別									
氏名	男・女										氏名	男・女									
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（年齢 歳）										生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日									
住所	申請者の住所と同じ										住所	申請者の住所と同じ									
個人番号											個人番号										

受給資格等	交付番号			証書記号・番号			
	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	手当等の種類			証書記号・番号
	第 号	第 号	第 号				第 号
障害区分	視力・聴覚・言語・肢体・内部・知的・精神			監護する20歳未満の子の氏名（生年月日・年齢）			
記号・等級				(H・R . . . 生 歳)		(H・R . . . 生 歳)	
				(H・R . . . 生 歳)		(H・R . . . 生 歳)	
				(H・R . . . 生 歳)		(H・R . . . 生 歳)	

保険	加入保険の名称		被保険者証記号		番号	
	国保・社保・健康保険組合・共済組合・船員・国保組合・日雇・後期				平成・令和 年 月 日	
	被保険者氏名	支給対象者との続柄	被保険者証の発行機関	保険者番号	加入日年月日	
			名称			

上記により認定（更新）されるよう申請します。なお、資格認定及び支給に必要な所得、税及び住民基本台帳並びに医療費支給状況について確認、調査することについて同意します。

諫早市長 様

申請者 住所 諫早市 令和 年 月 日

氏名 印

電話番号

委任状（諫早市国民健康保険被保険者で乳幼児の申請に係る方のみ）

私は、福祉医療費に充当するため、諫早市長を受任者と定め、私が加入保険者から受ける高額療養費の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 諫早市 令和 年 月 日

（被保険者）

氏名 印

振込先	銀行名		支店名		普通		口座番号		名義	
	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所						申請者のフリガナと同じ	

受給者証の記号・番号	認定	更新
	令和 年 月 日から有効 出生・転入・手帳取得・級変・児扶認定・その他	