

乳幼児・小中学生・ひとり親の子

郵送で申請される場合は、申請書、支給対象者全員分の保険証のコピー、口座がわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)のコピーを郵送ください。

①対象となる子どもを記入してください

③保護者を記入してください

②個人番号(マイナンバー)を記入してください

④加入保険の内容を記入してください

⑤(③保護者)に記入した氏名で署名してください

⑥国保加入の方のみ記入が必要です。加入保険の被保険者名(世帯主名)で署名してください

⑦(③保護者)名義の口座を記入してください

福祉医療費受給資格 認定(更新) 申請書

支給対象者										申請者(受給者)														
フリガナ	イサハヤ イチロウ									フリガナ	イサハヤ タロウ									支給対象者との続柄				
氏名	諫 早 一 郎									氏名	諫 早 太 郎									父				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 4 年 7 月 7 日(年齢 0 歳)									生年月日	大正・昭和・平成・令和 元 年 7 月 7 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	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
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																	
号 第	号			監護する20歳未満の子の氏名(生年月日・年齢)																				
・肢体・内部・知的・精神				(平成・令和 年 月 日生 歳)			(平成・令和 年 月 日生 歳)			(平成・令和 年 月 日生 歳)			(平成・令和 年 月 日生 歳)											
等級																								
加入保険の名称	国保 社保・健康保険組合・共済組合・船員・国保組合・日雇・後期			被保険者証記号	い			番号	112233															
被保険者	諫 早 五 郎			被保険者証の番号	420042			加入日年月日	平成 令和 4 年 7 月 7 日															
祖父				諫早市																				
申請者	住所 諫早市			令和 4 年 10 月 1 日			東小路町7番1号			氏名 諫 早 太 郎			氏名 諫 早 五 郎											
電話番号	090-2222-3333																							
振込先	銀行名	諫早			支店名	市役所 本店			口座番号	1	2	3	4	5	6	7								
受給者証	認定	令和 年 月 日から有効			更新	出生・転入・手続取得・被災・育児認定・その他																		