

様式第1号の1（第5条関係）

（障）福祉医療費受給者証交付申請書
兼福祉医療費受給者資格変更・喪失届書

新規	変更	喪失
<input type="checkbox"/> 身障手帳交付	<input type="checkbox"/> 医療保険変更	<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 療育手帳交付	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 転出
<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障害非該当
<input type="checkbox"/> 医療保険加入		<input type="checkbox"/> 医療保険資格喪失
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他
上記の事由発生年月日（ . . ）		
受 給 者 番 号		
氏 名	生年月日	
住 所	年 月 日	
医 加 療 入 保 状 険 況 の	被保険者の氏名	生年月日
	被保険者の住所	受給者との続柄
	記 号 番 号	
	保険者の名称	
	資 格 取 得 日	交 付 日
年 月 日		年 月 日
<p>上記のとおり申請（届出）します。</p> <p>なお、申請に当たり私及び私の世帯員の所得状況を調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>綾 部 市 長 様</p>		
受給者証受領年月日		年 月 日

新規認定決裁日	年 月 日		認 定 事 由	
資 格 取 得 日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳2級 <input type="checkbox"/> IQ35以下 <input type="checkbox"/> IQ50以下と身障3級の合併 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
決 裁	課 長	担 当 長		担 当