

(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	
☐ 身障手帳交付	☐ 療育手帳交付	☐ 精神手帳交付	☐ 転入	☐ 医療保険加入	☐ その他
☐ 医療保険変更	☐ 転居	☐ その他	☐ 死亡	☐ 証回収	☐ 転出
☐ 障害非該当	☐ 医療保険資格喪失	☐ その他			
上記の事由発生年月日（ ・ ・ ）					☐ 電算入力
受 給 者 番 号					
氏 名				生年月日	年 月 日
住 所					
医 加 療 入 保 状 險 況 の	被保険者の氏名			生年月日	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	年 月 日	交付日	年 月 日	
上記のとおり申請（届出）します。 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。 年 月 日 住所 氏名 綾 部 市 長 様					
		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		☐ 身障１級 ☐ 身障２級	
決 裁				☐ IQ35以下 ☐ 精神１級	
				☐ 精神１級から２級 ☐ 合併（ ☐ IQ50以下 ☐ 身障３級 ☐ 精神２級） ☐ その他（ ）	