

**(親)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**

		<input type="checkbox"/> (母) <input type="checkbox"/> (父) <input type="checkbox"/> (他)	受給者番号	異動事由
対象者	氏名(親等)			<b>新規</b> <input type="checkbox"/> 配偶者と死別 <input type="checkbox"/> 配偶者と離別 <input type="checkbox"/> 配偶者に遺棄 <input type="checkbox"/> その他(            ) 上記の事由発生年月日 (    .    .    ) <b>変更</b> <input type="checkbox"/> 医療保険変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他(            ) 上記の事由発生年月日 (    .    .    ) <b>喪失</b> <input type="checkbox"/> 一人親非該当 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他(            ) 上記の事由発生年月日 (    .    .    ) <input type="checkbox"/> 証回収 <input type="checkbox"/> 電算入力
	生年月日	昭・平    年    月    日		
	氏名(子)			
	生年月日	平・令    年    月    日		
	氏名(子)			
	生年月日	平・令    年    月    日		
	氏名(子)			
	生年月日	平・令    年    月    日		
加医 入療 状保 況險	氏名			
	生年月日	昭・平    年    月    日	受給者との続柄	
	住所			
	記号番号			
	保険者			
	資格取得日			
	交付日			
<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 align="center">年    月    日</p> <p align="right">住所 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	年金手当等
資格取得日	年    月    日	<input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> その他
決 裁		