

様式 1-1

受付場所	本 庄	矢 島	岩 城	由 利	大 内	東由利	西 目	鳥 海

1 乳幼児・児童・高校生      4 母子家庭の児童  
**福祉医療費受給資格**    2 重度心身障害（児）者    5 父子家庭の児童      **登録（更新）申請書**  
 3 高齢身体障害者

区分		申請年月日	令和	年	月	日	受理年月日	令和	年	月	日	
受給者証番号		受給者氏名		続柄		生年月日	性別	住 所				
		ふりがな				大・昭・平・令 ・	男・女	☎ ( )				
申請者						大・昭・平・令 ・	男・女	☎ ( )				
配偶者						大・昭・平・令 ・	男・女	☎ ( )				
扶養義務者						大・昭・平・令 ・	男・女	☎ ( )				
加入医療保険	被保険者氏名						住所					
	保険種別		協組船共国保後期国組				記号			番号		
	保険者名											
	所在地											
	受給者資格取得 (認定)年月日		年 月 日									
	勤務先 (名称)		☎ ( )									
障害認定	手帳種別	身体障害者・療育		手帳番号		県 第 号						
	手帳交付日	年 月 日		次回判定日(A)		年 月 日						
	障害内容	種 級 ( )										
母子父子状況	公的年金等の受給状況	児童扶養手当・遺族年金等 その他 ( )		児童扶養手当 受給者氏名								
	児童扶養手当 記号・番号			児童扶養手当 開始年月日		年 月 日						
	母子父子家庭 となった事由	死亡 ( . . )・離婚 ( . . )・海外・障害・未婚の母・その他 ( )										
	父母の障害状況	父					母					
後期	後期高齢者医療 被保険者番号						後期高齢者医療 資格取得月日	年 月 日				

上記の通り福祉医療費受給資格の登録（更新）を申請します。なお、福祉医療費受給資格認定に要する所得額の閲覧について、及び高額療養費等の代理請求につきましては、由利本荘市長に委任します。  
 以後の登録更新時において、由利本荘市の保有する公簿等により、所得状況等更新申請に必要な事項を調査することを承諾するとともに、自動更新を依頼します。

令和 年 月 日  
 由利本荘市長 様

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

受付場所	本 庄	矢 島	岩 城	由 利	大 内	東由利	西 目	鳥 海
	このページは記入例です							

- ① 乳幼児・児童・高校生      4 母子家庭の児童  
 2 重度心身障害（児）者      5 父子家庭の児童  
 3 高齢身体障害者

福祉医療費受給資格

登録（更新）申請書

区分	申請年月日	令和 3年 9月 10日	受理年	こちらで記入します→		年 月 日
受給者証番号	受給者氏名	続柄	生年月日	性別	住 所	
区分と受給者証番号は こちらで記入します	ふりがな ゆり さくら	子	大・昭(平)・令 16・1・1	男(女)	由利本荘市尾崎17番地	
	由利 さくら		大(昭)・平・令 54・10・10	男(女)	同 上	
申請者	由利 一郎	世帯主	大(昭)・平・令 54・10・10	男(女)	同 上	
配偶者	由利 花子	妻	大(昭)・平・令 53・11・20	男(女)	同 上	
扶養			大・昭・平・令 .	男・女	同 上	
加入医療保険	保険種別	協組船共国保		番号		
	保険者名					
	所在地	勤務先をご記入 ください		この部分は こちらで記入します 健康保険証コピーを 必ず添付してください		
	受給者資格取得 (認定)年月日			年 月 日		
勤務先 (名称)	○ △ □ 株式会社		☎ ( 0184-**-**** )			
障害認定	手帳種別	身体障害者		第 号		
	手帳交付日	年		年 月 日		
母子父子状況	障害内容	種		)		
	公的年金等の 受給状況	児童扶養手当 その他 (		年 月 日		
	児童扶養手当 記号・番号			年 月 日		
	母子父子家庭 となった事由	死亡 ( .		未婚の母・その他 ( )		
後期	後期高齢者医療 被保険者番号			資格取得月日 年 月 日		

受給者・申請者・  
配偶者を  
ご記入ください

勤務先をご記入  
ください

この部分は  
こちらで記入します  
健康保険証コピーを  
必ず添付してください

この部分は  
こちらで記入します

発送当日の日付を  
ご記入ください

ご記入ください  
(印は不要です)

令和 3年 9月 10日

由利本荘市長 様

申請者 住 所 由利本荘市尾崎17番地  
 氏 名 由 利 一 郎  
 受給者との続柄 父

資格の登録（更新）を申請します。なお、福祉医療費受給資格認定に要する所得額の閲覧に  
 等の代理請求につきましては、由利本荘市長  
 て、由利本荘市の保有する公簿等により、所  
 承諾すると、自動更新を依頼します。