

様式第1号(第2条関係)

福祉医療費受給資格 認定 更新 申請書 (障・乳・幼・母・子・寡)					
支給対象者			申請者(受給者)		
住民個人番号	※	男・女	※	男・女	
フリガナ					
氏名					支給対象者との続柄
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住所	壱岐市		壱岐市		
受給資格等	身体障害者手帳・療育手帳		児童扶養手当		
	交付番号	県第 号	証 記号・番号	書 号	
	障害区分	視・聴・言・肢・ 内・知	(*参考事項)		
	等級	障 級・知			
国民健康 保険又は 社会保険	加入保険の 名称		被保険者証 の記号・番号		
	被保険者氏名		附加給付	有・無 有の場合は下欄にその 内容を記入のこと。	
	支給対象者 との続柄				
	被保険者証 の発行機関	名称			
所在地		(電話)			
壱岐市長 様					
上記により認定(更新)されるよう申請します。					
※この申請に伴う資料として必要があるときは、私と世帯員の市民税・所得税の課税状況、及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。					
年 月 日					
申請者			住所 壱岐市 氏名		
受給者証の 記号・番号		※	認定		更新
					※

注意 裏面の注意事項をよく読んで記入してください。