

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				男・女					男・女
氏 名									支給対象者との続柄
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)			大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)					
住 所	壱岐市			壱岐市					
受 給 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 書 記 号 ・ 番 号	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		支給対象者との続柄		附 加 給 付		有 ・ 無 有の場合は下欄にその内容を記入のこと。		
	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 ⑨									
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。