様式第１号の６

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉医療費受給資格認定（変更）申請書（障害医療用） | 受給者番号 |
|  |
| 年　　　月　　　日 |
| 高 知 市 長 様 |
|  |  | 申請者 住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連 絡 先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  下記のとおり福祉医療費受給資格認定（変更）を申請します。 なお，福祉医療費受給資格認定（変更）のため，私の世帯の住民基本台帳資料，課税台帳資料等について，関係機関に調査，照会又は閲覧することを承諾します。 |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 保険種別 |  |
| 記号番号 |  |
| 保険者 |  |
| 高知市受付欄 |
| 資格要件 | データ処理日 |  | 制度区分 |  | 旧制度・新制度 |
| 認定日 |  | 有効期限 |  |
| 申請理由 | 1.手帳新規　　2.手帳等級変更　　3.転入　　4.再転入　　5.46→47　6.75歳到達。46→47　7.生保廃止　8.課税→非課税　9.その他（　　　　） |
| 変更理由 |  1.保険変更　　2.住所変更　　3.氏名変更　　4.手帳更新　　5.46継続 6.旧制度更新　7.新制度更新　8.再交付　9.その他（　 　　　　　 ） |
| 消滅理由 | 1.死亡　　2.転出　　3.生保開始　　4.手帳等級変更　5.46→47 6.75歳到達。47へ　　7.その他（　 　　　　　 ） |
| 課税状況 | 課税世帯 ・ 非課税世帯 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |