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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |