

様式第1－2号（第2条関係）

障 害 高齢障害		医療費受給資格		認定 変更 更新		申請書		＊ 受 給 者 番 号											
対 象 者		ふりがな								生 年 月 日									
		氏 名								年 月 日									
		個人番号																	
		住 所																	
保 護 者 等		氏 名								対象者との続柄									
		個人番号																	
加 入 医 療 保 険		被保険者氏名								個人番号									
		＊ 保 険 種 別																	
		被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号																	
		保 険 者 名																	
変 更 申 請 の 場 合		変更する項目				変 更 後				変 更 前									
上記のとおり 障 害 認定 高齢障害 医療費受給資格 変更 の申請をします。 更新 <u>なお、私の世帯の税額等の確認については、課税担当課長が保管している課税台帳等により福祉事務所長が行うことに同意します。</u>																			
年 月 日  受付印 申請者 住 所 (保護者) 氏 名 電話番号() — 香南市長 様																			
＊ 申 請 事 由								＊ 公 費 番 号											
＊ 該 当 年 月 日		年 月 日						＊ 交 付 年 月 日		年 月 日									

注) 1 認定及び保険変更申請時には、加入医療保険の被保険者又は被扶養者であることを証する書類を同時に提示してください。

2 ＊印の欄は、記入しないでください。

同一世帯名簿

[illegible]