市

様式第１号(第２条関係)

<table>
<tr><td colspan="5">香南市福祉医療費認定申請書 (障)</td><td colspan="2">＊ 受給者番号</td></tr>
<tr><td rowspan="4">対象者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">明・大・昭・平
年 月 日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">香南市</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td colspan="5">(種 級 療育)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">保護者等</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">対象者との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="5">政・健・船・日・国保・国組・後期高齢</td></tr>
<tr><td>被保険者等の記号番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込口座</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>支店名</td><td colspan="2"></td><td>名義</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり福祉医療費受給資格認定の申請をします。

年 月 日

申請者
(保護者)

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

香南市長 様

受付印

(注)①申請時に、被保険者又は被保険者であることを証する書類と身障・療育手帳を提出してください。

②保護者欄は、対象者が18歳未満の場合のみ記載してください。

市

別紙

同一世帯名簿

区分	ふりがな 氏　　名	続柄	個人番号
世帯員			
世帯員			
世帯員			
世帯員			
世帯員			
世帯員			
世帯員			