

太枠内を記入してください。



(老人)福祉医療費受給者証交付等申請(届出)書

申請届出事由	受給申請	氏名変更届	再交付申請	他法該当届
	居住地変更届	転出届	医療保険加入届	給付要件喪失届
	転入届	死亡届	保険変更届	異動年月日 年 月 日
	その他()			

対象者	フリガナ	宛名番号 (記入不要)	
	氏名	生年月日	昭和・西暦 年 月 日
	住所	連絡先電話番号 - -	

医療保険加入状況	被保険者等	氏名	対象者との続柄	
		住所	(対象者住所と異なる場合のみ記入して下さい。) 電話 - -	
	記号 番号		交付日 又は 取得日	
	保険者番号		年 月 日	
	発行機関名			
	変更事由	発行機関の変更	世帯主の変更	事由発生日
		記号 番号の変更	無保険になった	年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて申請・届出します。
なお、福祉医療費の受給資格の認定及び福祉医療費の受給決定を行うに際して、私及び私の世帯に係る所得状況、医療保険加入状況(個人番号を利用した情報照会を含む)、その他必要な事項について、宇治市及び他の行政機関に対して照会・閲覧することに同意します。

宇治市長 宛 年 月 日

申請(同意)者 氏名 印

□住所は対象者と同じ 自署又は記名押印

住所

受給者番号	オンライン処理者(受付者)			
証交付・回収	判定	該当(2割・3割)・非該当		
	決裁	課長	係長	担当
受領者 (申請者と同じ受領者)		受領	通知年月日 年 月 日	

(注)

1 転入等により所得に関する情報が宇治市にない場合は市町村民税の課税証明書等、上記の照会(閲覧)に同意されない場合は住民票、市町村民税の課税証明書等の提出が必要となります。

2 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。