

医療福祉費受給者証交付（更新）申請書

対象者の区分		年度																					
受給者番号		受給者氏名				生年月日		個人番号		電話（連絡先）													
						年 月 日生																	
住所						医療福祉費の助成		該当・非該当															
宛名番号		父、母又は配偶者の氏名				父、母又は配偶者の住所																	
		扶養義務者の氏名				扶養義務者の住所																	
保険証		記号		番号		保険者番号																	
被保険者		宛名番号		氏名		受給者との続柄		保険の種類															
資格取得日		理由		資格喪失日		理由		届出日															
有効期限		自		至		母子家庭の母子又は 父子家庭の父子の該当理由																	
資格		年		証書番号		児 扶 手 当		番号		1 死別 離婚 その他（ ）		身体障害者手帳		番号									
格		金		支給開始 年月日		支給開始 年月日		2 障害		3 高等学校等在学		交付年月日		等級									
		等級										障害名											
		宛名番号		氏名		個人番号		総所得		控除額		差引所得		扶養		老扶		特扶		申告		非課	
所得		受給者																					
		父、母又は配偶者																					
		扶養義務者																					

上記のとおり、関係書類を添えて医療福祉費受給者証の交付（更新）を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

水戸市長 様

電話番号

