

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				身体障害者手帳		番 号									
資格		年 金		証書番号				児 扶 手 当		番号						交 付 年 月 日							
				支給開始年月日						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

記入にあたっての注意

- ・  印の箇所のみ、1 枚目に御記入ください。
- ・ 記入内容や添付書類に不備がある場合、受給者証の交付が遅れます。
提出前に、再度ご確認ください。

様式第1号（第3条関係）

医療福祉費受給者証交付（更新）申請書

対象者の区分		年度		生年月日		個人番号		電話（連絡先）	
受給者番号		受給者氏名		生年月日		個人番号		電話（連絡先）	
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					
保険証		記号		番号					
被保険者		宛名番号		氏名		受給者との続柄			
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		番号	
資		年		証書番号		1 死別 離婚 その他（ ）		身体障害者手帳	
格		金		支給開始年月日		2 障害		交付年月日	
				等級				等級	
申請日		宛名番号		見扶手当					
受給者		父、母又は配偶者		支給開始年月日					
所得		扶養義務者							

マル福対象者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

申請者（受給者またはご家族等）の住所、氏名、電話番号のご記入をお願いします。
なお、書類不備等があった場合はご連絡することがありますので、日中繋がりやすい電話番号で記入いただきますよう、ご協力ください。

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

水戸市長 様

マル福対象者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

申請者（受給者またはご家族等）の住所、氏名、電話番号のご記入をお願いします。

なお、書類不備等があった場合はご連絡することがありますので、日中繋がりやすい電話番号で記入いただきますよう、ご協力ください。

申請者 住所
氏名
電話番号

【必要書類】

- ・申請書
 - ・対象者の健康保険証 写し
 - ・所得確認書類
(必要な場合のみ)
 - ・以下①～⑤いずれかの写し
 - ①身体障害者手帳
 - ②療育手帳
 - ③精神障害者保健福祉手帳
 - ④障害年金証書
 - ⑤特別児童扶養手当証書
- ※対象者氏名生年月日、最新の等級、次回再判定年月部分のコピーをとってください。

【問合せ・郵送先】

水戸市役所
国保年金課 医療給付係

【住所】〒310-8610

水戸市中央 1-4-1

【電話】029-232-9166 (直通)