

様式第1号 その1 (第4条、第5条、第7条関係)

受 付	年 月 日	決 裁	年 月 日	発 行	年 月 日
-----	-------	-----	-------	-----	-------

**福祉医療費医療証 (資格証) 交付・変更・更新 申請書**  
**異 動 届**  
**喪 失 届**

福 祉 医 療 対 象 者	ふ り が な 氏 名	性別	生 年 月 日	居 住 地	過去における当該市町村の医療証等の番号

加 入 医 療 保 険 対 象	被 保 険 者 氏 名	福祉医療対象者との続柄	住所		
	保 険 種 別	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		附加給付等の有無	有 無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				

手 帳 の 内 容	手帳種別	手帳番号	第 号	障害等級
	手帳種別	手帳番号	第 号	障害等級

事 由 (申請・変更・異動・喪失・再交付) (該当するものを○で囲む)	※ 申請事由 1. 65才以上のねたきり老人となったため 2. 重度障がい者 (重複重度障がい者を含む) となったため 3. 転入してきたため 4. 後期高齢者医療該当となったため 5. 保険に新たに加入したため 6. 生活保護廃止のため 7. 所得制限内のため 8. その他	※ 変更事由 1. 世帯構成の異動のため	※ 異動事由 1. 保険変更となったため 2. 項目訂正となったため 3. その他	※ 喪失事由 1. 死亡したため 2. 転出したため 3. 生活保護開始となったため 4. 後期高齢者医療該当となったため 5. 障がい非該当となったため 6. 保険喪失となったため 7. 所得制限基準額を超えたため 8. その他	※ 再交付 1. 亡失したため 2. 破損したため 3. その他
	その他内容 ( ) (事由発生年月日 年 月 日)				

対象者の所得の状況	1. 地方税法第295条第1項第2号により市町村民税非課税	2. その他 (様式第18号「福祉医療費所得調査書」のとおり)
-----------	-------------------------------	---------------------------------

* 審 査	
-------	--

* 決 定	
-------	--

上記のとおり福祉医療費医療証 (資格証) の交付 (変更・更新) ・異動・喪失を申請・届出します。  
 なお、上記の内容について、市町村民税課税台帳などの現有公簿等により確認されることを益田市長に委任します。  
 年 月 日

益田市長 様

申請者 住所  
氏名  
(福祉医療対象者との続柄 )  
電話番号