

記入例

⑦～⑩

医療福祉費受給資格等届

84. 小児 83. 重度障害 85. 高齢重度障害 86. 妊産婦 87. 父子家庭 88. 母子家庭
90. 市制度 (外来 調剤 子ども特別)

対象者氏名	種別	フリガナ○○ ○○	生年月日	T・S	2年 1月 1日
		対象者の方の氏名		H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
配偶者・父・母	フリガナ		生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
扶養義務者名	フリガナ		生年月日	T・S	対象者との続柄
				H・R	

障害認定 □	等級	交付・認定年月日	交付番号	種別
		年 月 日		・障害年金 ・身体障害者手帳 ・療育手帳
	年金番号		支給開始年月日	
		年 月 日		

加入保険	保険種類	協会・組合・日雇・船員・共済・国保・国組・後期	保険者証 記号番号	記号	番号
	保険者番号		対象者の保 険の取得日	年 月 日	
	被保険者名		対象者との 続柄		

出産予定日	令和 年 月 日	
-------	----------	--

資格取得	事由発生日…	年 月 日	新規・転入・生保非該当・離婚・死別・高校等在学・母子手帳交付 障害者手帳等交付・障害年金受給・精神障害者保健福祉手帳・ 後期高齢保険加入・児扶請求受理・その他
	取得日…	年 月 日	

令和 年 月 日	届出者	住所	鹿嶋市	対象者がお子さんの場合は
記入日		氏名		保護者の方の氏名・住所
		電話番号 (携帯も可)		印
				朱肉を使うもの

*押印は、自書の場合は必要ありません。また、押印をぼ印にかえても差し支えありません。