

## 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	年	月	日
				H・R			
配偶者・父・母	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年	月	日
				H・R			
扶養義務者名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年	月	日
				H・R			
障害認定 <input type="checkbox"/>	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			
		氏名	印				
		電話番号 (携帯も可)					

\*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。