

2

太枠内を記入してください

医療福祉費受給者証（交付・更新）申請書（台帳兼用）												
市町村名（申請用印） 年度 作成日												
記録	番号	申請者記載欄	氏名	(宛名番号)	生年月日	続柄	性別	区	1. 削除	8.4. 小児 Ⅰ. 有障害 Ⅱ. 重度心身障害者 Ⅲ. 団塊以上重度心身障害者	9.0. 小児特例 9.1. 妊娠特例	
	2. 新規	2. 新規										
	3. 修正	3. 修正										
	4. 延長	4. 延長										
	5. その他	5. その他										
受給者本人	本人											
父・母・扶養義務者	父											
上記以外の父・母・扶養義務者	母											
所 得 控 除												
1 受給者	2 配偶者 (父・母)	3 扶養義務者	4 保険者コード	種別	近隣区分	保険区分	取得年月日	喪失年月日	被保険者等記号・番号	保険種別の内容	近隣区分の内容	保険区分の内容
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. 協会	4. 船員	7. 国組	1. 本人	1. 本人								
2. 純合	5. 共済	8. 後期	2. 被扶養者	2. 家族								
3. 日雇	6. 国保	7. その他	3. 妊娠	4. その他								
加 入 医 療 保 証												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
開始	終了	年度	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
期間	期間	期間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
保険者名稱・所在地												
口座項目												
取 得	事由	取得年月日	喪失	事由	喪失年月日	その他の宛名メモ	電話番号	このとおり医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請します。				妊娠届出日
資 格	1. 新規	5. 障害者等	事由	1. 死亡	8. その他	メモ欄1		令和 年 月 日				
	2. 転入	6. 死別		2. 和出		メモ欄2						備考
	3. 生保該当	7. 高校等在学		3. 生保該当								
	4. 障害	8. その他		4. 障害								
申 請 者 住 所												
氏名												
土浦市長殿												
附加給付の状況 現物：有・無（代理有・無） 債還：有・無 有・無												

①・② の太枠内を記入してください

① 個人番号（マイナンバー12桁）・
氏名・生年月日・続柄
※ 個人番号が不明な場合は記載不要

② 申請日・住所・保護者名を記入

②

保護者の住所・氏名