

医療福祉費受給者証（交付・更新）申請書（台帳兼用）

医療福祉費受給者証（交付・更新）申請書（台帳兼用）

市町村

年度

作成日

区

1. 削除
2. 新規
3. 修正

8. 4. 小児
8. 5. 障害児
8. 6. 障害児
8. 7. 障害児
8. 8. 障害児
8. 9. 障害児
8. 10. 障害児

9. 日、小児
9. 日、小児

公費負担/受給者番号

1. 受給者本人
2. 父・母・扶養義務者
3. 上記以外の父・母・扶養義務者
4. 本人
5. 父
6. 母

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

記	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
録	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
所得控除	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
加入医療保険	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
資格	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

保護者の住所・氏名

備考

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