後期高齢者福祉医療費

（受給者証交付（再交付・更新）申請書
受給資格等新規・変更・喪失届）

受給者番号

	新　規（変更・喪失）		備　考	事　由
（ふりがな） 氏　名		男 ・ 女		1 新　規 ☐ 認定区分該当 ☐ 転入 ☐ その他（　　） 上記の事由発生年月日 （　・　・　）
生年月日	年　　月　　日			
住　所	東郷町		（下記住所に同じ）	2 変　更 ☐ 氏名の変更 ☐ 転居 ☐ 医療保険の変更 ☐ その他（　　） 上記の事由発生年月日 （　・　・　）
医療保険 の加入状況	（被保険者番号）		（別紙　保険証写し参照）	
	（保険者の名称） 保険者番号（　　）			3 喪　失 ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ その他（　　） 上記の事由発生年月日 （　・　・　）
	（保険者の所在地） 保険者番号（　　）			
障がい区分	1　身体障害者 2　知的障害者 3　母子及び父子家庭 4　戦傷病者手帳保持 5　精神措置入院 6　結核勧告入院 7　ねたきり高齢者 8　認知症 9　精神障害		（別紙 身障手帳等写し参照）	4 再交付 ☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 再交付年月日 （　・　・　）

上記のとおり関係書類を添えて（申請／届出）いたします。

なお、受給資格認定について、私、世帯員及び主たる生計維持者の所得等の状況について、東郷町が確認事務を行うことに同意します。

また、私が受けた後期高齢者福祉医療給付金に係る高額療養費又は高額介護合算療養費の支給が愛知県後期高齢者医療広域連合からなされた場合、その受領の権限を東郷町長に委任します。

年　　月　　日

住　所 東郷町

氏　名

東 郷 町 長 殿

電話番号　　（ 自宅 ・ 携帯 ）

備考　　該当する☐の中にレ点をつけてください。

処理確認者	