

様式第3号(第6条関係)

後期高齢者福祉医療費受給者証更新申請書									
年 月 日									
(宛先)愛西市長									
申請者 住 所									
氏 名									
電 話 () —									
下記のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の更新を申請します。									
受給者番号									
受給者	住 所	愛知県愛西市 番地							
	フリガナ氏名							生 年 月 日	
								年 月 日	
								世帯主との続柄	
世帯主	フリガナ氏名							生 年 月 日	
								年 月 日	
加入医療保険	被保険者名(世帯主)						記号・番号		
	保 険 種 別		後期高齢者医療						
	保険者	名 称							
		所在地	愛西市稲葉町米野308番地						
	資格取得年月日		年 月 日				附加給付の有無		有 無
認定区分	1 身体・知的障害		6 寝たきり・認知症		交付事由	1 手帳交付 2 転 入 3 再 判 定			
	2 母子・父子家庭		7 精神障害			4 その他()			
	3 戦傷病者手帳所持者		8 ひとり暮らし			(交付事由発生年月日)			
	4 精神措置入院		9 自立支援						
	5 結核勧告入院		10 精神入院						
手帳等	記 号 番 号								
	交 付 年 月 日		年 月 日			再 判 定 日		年 月 日	
備考									