

第4号様式（第5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 清須市長 様 住 所 申請者 氏 名 （自署の場合、押印不要） 電 話 （ ）													
次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。 なお、受給資格認定のため、私及び私の世帯員に係る関係公簿を閲覧することに同意します。													
受給資格者	住 所							世帯主との続 柄					
	ふ り が な 氏 名					生年 月 日	年 月 日						
	個 人 番 号 ※ 1												
世 帯 員 ※2		氏 名	生年月日		個人番号								
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者	住 所											
		氏 名											
	記 号 番 号												
	保 険 者 の 名 称							附 加 給 付	有 ・ 無				
	保 険 者 の 所 在 地												
認 定 区 分	区 分		手帳番号等		区 分		手帳番号等						
	1 身体・知的障害等 2 母子・父子家庭 3 戦傷病患者手帳所持 4 精神措置入院			5 結核勧告入院 6 ひとり暮らし 7 寝たきり・認知症 8 精神障害									
備 考													

※1 認定区分6（ひとり暮らし）・7（寝たきり・認知症）の場合のみ個人番号を記載してください。

※2 認定区分7（寝たきり・認知症）の場合は世帯員の氏名、生年月日、個人番号を備考に記載してください。