様式第１号の６

福祉医療費受給資格認定（変更）申請書 （重度心身障害者用）	受給者番号

年　　月　　日

高　知　市　長　様

申請者
住　　所
氏　　名
連　絡　先
代理人氏名

下記のとおり福祉医療費受給資格認定（変更）を申請します。
なお，福祉医療費受給資格認定（変更）のため，私の世帯の住民基本台帳資料，課税台帳資料等について，関係機関に調査，照会又は閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ		生年月日	年　月　日 （　　歳）
	氏　　名			
	住　　所			
加入社会保険	被保険者氏名			
	保険種別			
	被保険者証記号番号			
	保　険　者			
	事業所名			

※　加入社会保険の被保険者証及び障害の程度を明示したもの（身体障害者手帳又は療育手帳）をお示しください。

高知市受付欄

資格要件	データ処理日	年　月　日	処理区分	
	事　由			
	制度区分	４６	旧制度・新制度	
	認定日	年　月　日	有効期限	年　月　日
	身体障害者手帳	級	交付年月日	年　月　日
			手帳番号	第　　号
	療育手帳	度	交付年月日	年　月　日
			手帳番号	第　　号
	課税状況	課税世帯　・　非課税世帯		

個人番号												