

記入例

医療福祉費受給資格等届

84. 小児 83. 重度障害 85. 高齢重度障害 86. 妊産婦 87. 父子家庭 88. 母子家庭
 90. 市制度（外来 調剤 子ども特別）

対象者氏名	種別	フリガナ ○○ ○○	生年月日	T・S	2年 1月 1日
		鹿嶋 花子		H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
対象者氏名	種別	フリガナ	生年月日	T・S	年 月 日
				H・R	
扶養義務者名 (父母等)	フリガナ		生年月日	T・S	対象者との続柄
				H・R	
扶養義務者名 (父母等)	フリガナ		生年月日	T・S	対象者との続柄
				H・R	
配偶者 (未届含む)	フリガナ ○○ ○○	鹿嶋 太郎	生年月日	T・S	2年 2月 1日
				H・R	
住所（市外在住の方の場合） ○○県○○市○○番地					
出産予定日	令和 年 月 日				
令和 年 月 日	届出者 住所 鹿嶋市				
記入日	氏 名				
	電話番号（携帯も可）				

資格取得	事由発生日・・・ 年 月 日	{ 新規・転入・生保非該当・離婚・死別・高校等在学・母子手帳交付 障害者手帳等交付・障害年金受給・精神障害者保健福祉手帳・ 後期高齢保険加入・児扶請求受理・その他 }
	取得日・・・ 年 月 日	
備考		