

福祉医療費受給券交付申請書 (子ども医療)

助成対象者	住所				医療種別			
	フリガナ 氏名 個人番号		性別	助成対象者との続柄	宛名番号	子ども医療	<input type="checkbox"/> 40259525 <input type="checkbox"/> 40251522	
			男・女	生年月日	受給者番号	受給開始日	年 月 日	
			男・女	年 月 日		受給終了日	年 月 日	
			男・女	年 月 日		入力日	年 月 日	確認日
			男・女	年 月 日		加入	被保険者・世帯主	
			男・女	年 月 日		住所	(助成対象者と異なる場合のみ記入)	
			男・女	年 月 日		記号	番号	保険者番号
			男・女	年 月 日		保険者名	協健 健保 共済 国保	
			男・女	年 月 日		取得事由	喪失事由	更新事由
保護者			男・女	年 月 日	住所 (助成対象者と異なる場合のみ記入)			
			男・女	年 月 日				

上記のとおり交付申請をします。

なお、申請にあたり、助成対象者及び世帯員・扶養義務者について、住民基本台帳の閲覧及び所得内容の照会についてその申請権限を栗東市長に委任します。

また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に栗東市が医療機関等に支払った高額療養費又は附加給付金に相当する額を栗東市の指定する方法により返還します。

年 月 日

栗東市長 殿

申請者

住 所

氏 名

電話番号

(改正後) 様式第2号の2 (第5条関係)

福祉医療費受給券交付申請書 (子ども医療)