

## 福祉医療費受給券交付申請書 (乳幼児用)

令和 年 月 日

栗東市長 殿

次のとおり、栗東市福祉医療費助成条例施行規則第5条の規定により、受給券を交付されたく申請します。  
なお、申請にあたり、受給申請時及び受給期間中に世帯の所得・税額等の状況を調査・確認すること、助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について調査・確認することに同意します。

また、加入健康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。

申請者 住 所 滋賀県栗東市

氏 名

(電話番号

)

助成対象者	ふりがな		男・女	平成・令和 年 月 日生
	氏名			
	居住地	滋賀県栗東市		
※福祉番号	福祉番号	40255523	受給者番号	
助成対象者	ふりがな		男・女	平成・令和 年 月 日生
	氏名			
	居住地	滋賀県栗東市		
※福祉番号	福祉番号	40255523	受給者番号	
助成対象者	ふりがな		男・女	平成・令和 年 月 日生
	氏名			
	居住地	滋賀県栗東市		
※福祉番号	福祉番号	40255523	受給者番号	
保護者	氏名		男・女	助成対象者との続柄
	居住地			
加入保険	記号		番号	
	保険者名		保険者番号	
	被保険者氏名		認定年月日	平成・令和 年 月 日

## 注意事項

- 被保険者証または組合員証をご持参ください。
- 申請書の※印欄には記入しないでください。
- 保護者については、原則として、児童手当受給者になりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者を記入してください。