

記入見本

福祉医療費助成対象者等届出書

届出書を記入された日

令和 年 月 日

栗東市長 様

保護者の方が届出する場合は、保護者氏名等を記入してください

住所 栗東市
届出者
氏名

	受給券	福祉番号	受給者番号	
		変更前		
	助成対象者	住所	栗東市	
	福祉医療費受給券（マルフクの券）をお持ちの方の福祉番号、受給者番号（複数名の場合は欄外に記入してください。）		福祉医療費受給券をお持ちの方の氏名（全員分）	
更 及 び 届 出 事 項	保 護 者	住 所		
		氏 名		
		個 人 番 号		
	加 入 保 険 等	名 称	〇〇健康保険組合	
		所 在 地		
		記 号 番 号	123	456789
		被 保 険 者 氏 名	栗 東 太 郎	
		資 格 取 得 日	令 和 〇 年 〇 月 〇 日	
		附 加 給 付	有 ・ 無	
	変 更 理 由	加入の健康保険の詳細について太枠部分に記入してください。		
第 三 者 行 為 届 出	1 相手方の住所 氏名 2 第三者行為の発生状況の概要 3 相手方の費用負担率 未定・確定(割)			

マイナ保険証の場合は個人番号を記入してください。