

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 個 人 番 号		性別	助成対象者との続柄	宛名番号	子ども医療		☐ 40259525 ☐ 40251522							
				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							
						入力日		年 月 日		確認日		年 月 日			
			男・女	年 月 日		加入 保 険	被保険者・世帯主								
							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		
							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					
						☐ 年齢到達 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 生保廃止 ☐ ひとり親・身障より ☐ その他		☐ 生保開始 ☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 保険喪失 ☐ 年齢到達 ☐ その他		☐ 年次更新 ☐ 制度改正					
			男・女	年 月 日		住所（助成対象者と異なる場合のみ記入）									
保護者			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

住 所

栗 東 市 長 殿

申 請 者

氏 名

電 話 番 号