

福祉医療費受給券交付申請書(乳幼児用)

年 月 日

栗東市長 様

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。

住 所

申請者

氏 名

(電話番号)

助成対象者	ふりがな													男・女	年 月 日生		
	氏 名																
	個 人 番 号																
	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	年 月 日生		
	氏 名																
	個 人 番 号																
	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	年 月 日生		
	氏 名																
	個 人 番 号																
	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	助成対象者の続柄		
	個 人 番 号																
	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		年 月 日							

注意事項

申請書の※印欄には記入しないでください。