

福祉医療費受給券交付申請書(乳幼児用)

令和〇年〇月〇〇日

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。

申請者は保護者を記入してください。
電話番号は日中つながりやすい番号を記入してください。

住所 栗東市安養寺一丁目13番33号
申請者 氏名 栗東太郎
(電話番号 000-0000-0000)

助成対象者	ふりがな	りっとう はなこ		男・女	令和〇年〇月〇〇日生									
	氏名	栗東花子												
	個人番号	1	2	3		4	5	6	7	8	9	1	2	3
	マイナ保険証の場合は個人番号を記入してください。	安養寺一丁目13番33号		40255523		受給者番号								

助成対象者にはお子様を記入してください。

助成対象者	ふりがな		男	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	

助成対象の就学前のお子様が複数の場合は、続けて記入してください。

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	

お子様の保護者を記入してください。

保護者	氏名	栗東太郎	男・女	助成対象者との続柄	父	
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	居住地	栗東市安養寺一丁目13番33号				

加入保険	記号	1234	番号	567
	保険者名	〇〇健康保険組合等	保険者番号	00000000
	被保険者氏名	栗東太郎	認定年月日	令和〇年〇月〇〇日

注意事項
申請書の※印欄には記入しないでください。

お子様が加入している健康保険について記入してください。