

福祉医療費受給券(交付・更新)申請書

住民日 取得事由 助成開始日 世帯 所得
保険内容 続柄 交付記録 履歴画面

次のとおり、(交付・更新)申請・届出をします。

助成対象者	住所 (変更後)				医療種別				
		フリガナ 氏名 個人番号	性別	本人Aとの続柄	宛名番号	乳幼児	<input type="checkbox"/> 40255044 <input type="checkbox"/> 41250044 <input type="checkbox"/> 41251042 <input type="checkbox"/> 47250048 <input type="checkbox"/> 47253042		
本人A 課・非		男・女	生年月日	受給者番号	重度心身障害者(児)				
					母子家庭	<input type="checkbox"/> 43250042 <input type="checkbox"/> 43251040			
B		男・女			父子家庭	<input type="checkbox"/> 44250041 <input type="checkbox"/> 44251049			
					ひとり暮らし寡婦	<input type="checkbox"/> 45250040 <input type="checkbox"/> 45251048			
C		男・女			母子家庭等	<input type="checkbox"/> 49250046 <input type="checkbox"/> 49253040			
					重度心身障害老人	<input type="checkbox"/> 82250044 <input type="checkbox"/> 82251042 <input type="checkbox"/> 85250041 <input type="checkbox"/> 85253045			
D		男・女			母子家庭老人	<input type="checkbox"/> 83250043 <input type="checkbox"/> 83251041 <input type="checkbox"/> 84250042 <input type="checkbox"/> 84251040			
					母子家庭老人等	<input type="checkbox"/> 86250040 <input type="checkbox"/> 86253044			
E		男・女			ひとり暮らし高齢寡婦	<input type="checkbox"/> 46251047 <input type="checkbox"/> 46252045 <input type="checkbox"/> 46253043			
					老人	<input type="checkbox"/> 42250043 <input type="checkbox"/> 42251041 <input type="checkbox"/> 42252049			
配偶者 課・非		男・女			加入保険変更後	被保険者・世帯主 住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)		続柄	
						記号	番号	保険者番号	
扶養義務者 課・非		男・女			協健	健保	共済	国保	後期
						取得事由		喪失事由	
住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)						<input type="checkbox"/> 新規認定 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 他公費喪失 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 所得変更による取得	<input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 障害変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 他公費取得 <input type="checkbox"/> 障害非該当 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 所得超過	<input type="checkbox"/> 年度更新 <input type="checkbox"/> 当初交付 <input type="checkbox"/> 制度改正 <input type="checkbox"/> その他	助成開始日 年 月 日 証交付日 年 月 日 備考入力 済 ・ 未 担当者
近江八幡市福祉医療費助成条例施行規則の規定により、受給券を交付・更新をされたく申請します。対象者、配偶者、扶養義務者及び保護者について、近江八幡市における住民基本台帳、国民健康保険被保険者台帳及び住民税課税台帳の公簿の閲覧等を近江八幡市長が行うことを承諾します。これらを転入等で近江八幡市で確認できない場合は、必要な各種証明書を提出します。当該助成事業に関わる関係機関に個人情報を提供することを承諾します。また、保険者から附加給付又は高額療養費を受けたときは、近江八幡市に返還することを確約します。									
住所				申請者 氏名					
年 月 日				印					
近江八幡市長 宛				電話番号					

○ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

※記入いただいた個人情報については、当該福祉医療費助成事業に係る目的以外には利用しません。