

福祉医療費受給券 交付・更新 申請書 (子ども医療費用)

保 護 者	フリガナ				
	氏 名				
	住 所				
	生年月日		年	月	日
子 ど も	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日		年	月	日
	加 入 医 療 保 険	記号		番号	
		被保険者 氏 名		資 格 取得日	
		保険者 番 号		保険者名	

近江八幡市子ども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並びに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の支給があるときは、先に近江八幡市が医療機関等に支払った付加給付及び高額療養費に相当する額を近江八幡市が指定する方法により返還します。

年 月 日

近江八幡市長 様

申請者 _____

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

※ 保険証のコピーを添付してください。

市 記 入 欄

備考	福祉医療	有	無	開始日	年	月	日
				交付日	年	月	日
	受給券番号	子 併 ()		有効期限	年	月	日
				担当			
受給者番号							