

様式第9号 (第7条関係)

福祉医療費受給者証 交付更新 申請書

移	障	乳	こ	高	精	受給者番号														
---	---	---	---	---	---	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者	個人番号											住所				
	ふりがな															
	氏名											電話 ( )				
	男・女											生年月日 年 月 日				
	配偶者	個人番号											住所			
	氏名															
	扶養義務者	父	個人番号											住所		
氏名																
	母	個人番号											住所			
		氏名														
	他	個人番号											住所			
		氏名											続柄( )			
	他	個人番号											住所			
		氏名											続柄( )			
加入医療保険	保険種別	国・国組・協・健組・船・共・後期														
	被保険者氏名											受給者との続柄				
	記号						番号									
	保険者番号						保険者名									
受給者証交付申請理由及び発生年月日	1. 条例等に定める受給資格に該当するため										交付理由発生年月日					
	2. 医療保険に新たに加入したため															
	3. 転入してきたため										年 月 日					
	4. その他 ( )															
障害の状況	障害の認定年月日	年 月 日			障害の程度											

上記のとおり申請します。  
 なお、申請に当たって、次のことについて同意します。

1 資格認定及び福祉医療費の受給に関し、必要な事項について、たつの市長が関係機関へ照会すること。  
 2 世帯合算等により加入保険者から高額療養費等が生じた場合、福祉医療費に充当するため、その申請及び受領について、たつの市長に委任すること。

たつの市長 様  
 年 月 日  
 住 所  
 申請者  
 世帯主