

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																		男・女	電話 ( )		
																			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												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、申請に当たって、次のことについて同意します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>たつの市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>世帯主</p>																						