

福祉医療費受給券交付(更新)申請書(乳幼児用)

令和 年 月 日

高島市長 様

次のとおり、高島市福祉医療費助成条例施行規則第6条の規定により、受給券を交付(更新)されたく申請します。なお、申請(更新)にあたり、受給申請時およ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。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

保 護 者	氏 名		男・女	助成対象者 との続柄 () <input type="checkbox"/> 児童手当受給者 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者
	居 住 地			

助成対象児童名	性別	個人番号	居 住 地	加入医療保険	附加 給付	※ 受給者 番号
		生年月日		記号番号・保険者名・被保険者名		
第 一 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	
		月 日		記号・番号		
		(歳)		所在地		
		被保険者名 続柄 ()				
第 二 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	
		月 日		記号・番号		
		(歳)		所在地		
		被保険者名 続柄 ()				
第 三 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	
		月 日		記号・番号		
		(歳)		所在地		
		被保険者名 続柄 ()				
第 四 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	
		月 日		記号・番号		
		(歳)		所在地		
		被保険者名 続柄 ()				
第 五 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	
		月 日		記号・番号		
		(歳)		所在地		
		被保険者名 続柄 ()				

注意事項

1. 健康保険の被保険者証または組合員証をご持参ください。
2. 母子健康手帳をご持参ください。
3. 県内の他の市町から転入した場合は、旧受給券を提示してください。
4. 申請書の※欄は記入しないでください。
5. 保護者については、原則として児童手当受給者となりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者の氏名を記入してください。