

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

(移・障・高・乳・こ)				受給者番号													
①受給者	ふりがな氏名				住 所	淡路市											
	生年月日	年 月 日			個人番号												
	年1月1日時点の住民登録地				都 道 府 県				市 区 町 村								
②配偶者	ふりがな氏名				住 所	□受給者と同じ											
	生年月日	年 月 日			個人番号												
	年1月1日時点の住民登録地				都 道 府 県				市 区 町 村								
③保護者・扶養義務者	ふりがな氏名				住 所	□受給者と同じ								受給者との続柄			
														父・母()			
	生年月日	年 月 日			個人番号												
	年1月1日時点の住民登録地				都 道 府 県				市 区 町 村								
	ふりがな氏名				住 所	□受給者と同じ								受給者との続柄			
														父・母()			
加入医療保険	被 保 険 者 名				受給者との続柄	父・母()	住 所	□受給者と同じ									
	加 入 医 療 保 険 者 名 称	(保険者番号)			被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		—										
障 害 の 状 況	手帳番号・種別等級		第 号 1 級・2 級・A判定														
	交 付 ・ 判 定 日		昭・平・令 年 月 日														
申 請 理 由	□出生 □転入 □65歳到達 □75歳到達 □障害認定 □手帳更新(身体・療育・精神) □保険加入 □その他() (交付理由発生年月日 令和 年 月 日)																
上記のとおり医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給者証交付に係る資格認定については、受給者、配偶者及び保護者・扶養義務者の税情報による所得情報の調査(個人番号制度による情報連携によるものを含む。)及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該福祉医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。 令和 年 月 日 淡路市長 様 申請者 住所 淡路市 氏名 (電話)																	

※ 所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①～③欄は本人が自署してください。

審 査	認 定 ・ 却 下
-----	-----------