

登録	証	扶養	所得	保険

受給者番号

乳幼児等・こども医療費受給者証交付・更新申請書

対象者	氏名	フリガナ -----		生年月日	年 月 日		判定	交付事由発生年月日	交 付 年 月 日				
	住所	福崎町			個人番号			年 月 日	年 月 日				
保護者又は扶養義務者	氏名	フリガナ -----		生年月日	年 月 日		対象者との続柄	加 入 医 療 保 険 情 報					
	住所				個人番号								
	18歳未満の扶養親族	氏名(0歳~18歳)	生年月日	続柄	個人番号		前年所得額					判 定	
			年 月 日				市町村民税の所得割額						
			年 月 日				扶養人数						
		年 月 日											
保護者又は扶養義務者	氏名	フリガナ -----		生年月日	年 月 日		対象者との続柄	加 入 医 療 保 険 情 報					
	住所				個人番号								
	18歳未満の扶養親族	氏名(0歳~18歳)	生年月日	続柄	個人番号		前年所得額					判 定	
			年 月 日				市町村民税の所得割額						
			年 月 日				扶養人数						
		年 月 日											
申 請 者	<p>上記のとおり、受給者証の交付・更新を申請します。以後、受給対象者である間は資格認定及び医療費の支給に関し、対象者、保護者又は扶養義務者の所得状況、加入医療保険情報の調査を行うことに同意します。また、当制度において現物給付された公費負担額のうち、世帯合算により高額療養費等に該当する額がある場合には、その支給申請・受領及び給付調整を公費負担者である福崎町が行うことに同意します。なお、高額療養費等について、福崎町が対象者の加入医療保険者から被保険者情報及び給付情報を得ることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">福 崎 町 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 (住所) 福崎町</p> <hr/> <p>(氏名) (対象者との続柄:) TEL</p>												