

乳幼児福祉医療費受給券交付申請書

長浜市長 あて

書類に記入した日

年 月 日

長浜市福祉医療費助成条例施行規則第6条の規定により、受給券の交付を申請します。手続きに当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者の属する世帯の構成及び異動状況は、申請書に記入してください。

なお、加入している保険者からの高額療養費等については、長浜市が保険者からの高額療養費等を受け取ったときは、相当額を長浜市が負担します。

保護者の住所、氏名、連絡先を記入（自署）ください。

助成対象者の氏名等を記入ください。
個人番号（マイナンバー）は記入不要です。

申請者（父、母または保護者）

住所 長浜市 ○○町○○番地

氏名 福祉 太郎

電話 090（****）****

助成対象者	ふりがな		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	氏名	福祉 まる子	生年月日	令和○年 ○月 ○日	
	個人番号		申請事由	<input checked="" type="radio"/> 出生 / 転入（県内・県外） 年 月 日付	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	ふりがな		性別	男・女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号		申請事由	出生 / 転入（県内・県外） 年 月 日付	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	ふりがな		性別	男・女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
保護者	住所・氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	個人番号		助成対象者との続柄	<input checked="" type="radio"/> 父・母・（ ）	
	加入保険				
加入保険	<input type="checkbox"/> 長浜市国民健康保険（以下、記入不要） <input checked="" type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 写し添付につき、以下記入省略				
	保険者番号	記号	番号		
	被保険者氏名	助成対象者との続柄	父・母・（ ）		

持ち物：加入（予定）の健康保険被保険者証
出生届に伴う場合：母子手帳

健康保険証の写しを添付すれば
下段保険者番号等の記入は不要です。

処理	認定・却下	資格取得	年 月 日	担当	交付方法	交付場所
					窓口・郵送	

受付（ 支所 ）

※来庁者が父母または同世帯の親族でない場合は、保護者宛てに郵送で交付します。

来庁者：住所	確認（マイナンバーカード 運転免許証 旅券）
氏名	受給者との続柄