

乳幼児福祉医療費受給券交付申請書

長浜市長 あて

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について調査確認することを委任及び同意します。

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、長浜市が受け取ることを承諾します。また、被保険者が保険者からの高額療養費等を受け取ったときは、相当額を長浜市が指定する方法で返還することを確約します。

申請者（父、母または保護者）

住所 長浜市

氏名

電話 ()

助成対象者	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"/> 申請者に同じ				
	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"/> 申請者に同じ				
	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 type="checkbox"/> 申請者に同じ		性別	男 ・ 女	
			助成対象者との続柄	父・母・ ()		
	個人番号					
加入保険	<input type="checkbox"/> 長浜市国民健康保険（以下、記入不要） <input 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

処理	認定・却下	資格取得	担当	交付	受給者番号 401
		年 月 日		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 氏名	確認（マイナンバーカード 運転免許証 旅券) 受給者との続柄
--------------	---------------------------------------