

乳幼児福祉医療費受給券交付（更新）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（更新）を申請します。

手続きに当たり、本市の保有する公簿等により、受給申請時及び受給期間中における世帯の所得等の確認並び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長浜市長に委任します。

加入している保険者からの療養給付金等については、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療養給付金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（児童手当受給者もしくは主たる生計維持者）

住所 長浜市

氏名

印

連絡先 TEL

申請者本人自署の場合押印を省略できます

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	
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				
保護者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		性別	男・女
	氏名		助成対象者との続柄	父・母・（ ）	
加入保険	個人番号				
	<input type="checkbox"/> 長浜市国民健康保険		<input type="checkbox"/> その他→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 転入の場合：所得証明書

処理	認定・却下	資格取得	年 月 日	担当	交付	窓口 郵送	受給者番号 401/402