

福祉医療費受給券・重度心身しょうがい老人等福祉助成券 交付・更新 申請書

①助成対象者	氏名	性別	生年月日	住所	
	個人番号				
	本人		男	年 月 日	長浜市
			女		
	母等・父等の扶養する18歳未満の児童		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市
			女		
			男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市
			女		
			男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市
			女		
		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市	
		女			
		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市	
		女			
②配偶者		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市	
		女			
③扶養義務者		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市	
		女			
④保護者		男	年 月 日	□本人に同じ 長浜市	
		女			

上記のとおり福祉医療費受給券の交付（更新）を申請します。

福祉医療費受給券の交付（更新）に当たって、長浜市の保有する公簿等により、受給申請時、受給期間中における助成対象者と同世帯の者及び世帯外の扶養義務者の所得等の確認、並びに助成対象者の属する世帯の構成及び異動状況等について、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。

年 月 日 申請者 住所 本人に同じ
長浜市長 あて

氏名 印

申請者本人自署の場合押印を省略できます

TEL - -

（ 来庁者 氏名
生年月日 年 月 日
TEL - - ）

区分	41	47	43	44	45	46	82	85	83	84
処理欄	該当/非該当		非該当理由			所得超過のため（本人・配偶者・扶養義務者）				
資格取得	年 月 日	担当	交付 窓口・郵送	受給者番号						

受付 ()