

乳幼児福祉医療費受給券交付申請書

長浜市長 あて

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、長浜市が受け取る場合は、長浜市が受取るときは、相当額を長浜市が指定する。

保護者の住所、氏名(自署)、
電話番号を記入ください。

助成対象者(子ども)の氏名等を
記入ください。
※個人番号(マイナンバー)は不要です。

申請者(父、母又は保護者)
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	☐ 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	
保 護 者	住 所	☐ 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・氏名	☐ 申請者に同じ										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	
加 入 保 険	☐ 長浜市国民健康保険 (以下、記入不要) ☐ その他 → ☐ 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				父・母・()			

保護者の氏名等を記入ください。
※個人番号(マイナンバー)は不要です。

助成対象者(子ども)の加入医療保険(記号・
番号等)を記入ください。
※上記がわかる書類等の写しをつける場合
は記入不要です。

※来庁者が父母又は同世帯の親族でない場合は、保護者あてに郵送で交付します。

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