

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

助成対象者本人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。

②配偶者、③扶養義務者※1、④保護者※2 がある場合は、そ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。
※1…同世帯の直系親族
※2…本人が未成年の場合

上記のとおり福祉医療費受給券・重度しょうがい老人等福祉助成券の交付（更新）を申請します。

福祉医療費受給券・重度しょうがい老人等福祉助成券の交付（更新）に当たって、長浜市の保有する公簿等により、受給申請時及び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並びに助成対象者の属する世帯の構成、異動状況等を調査し、及び確認することについて、同意します。また、福祉医療費受給券の有効期限後、引き続き長浜市子ども医療費助成条例第5条第3項の規定による子ども医療費受給券の交付を受けようとするときは、長浜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子ども医療費の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し、及び確認することについて、同意します。

加入している保険者からの高額療養費等は、長浜市が受け取ることを承諾します。重度障害老人等福祉助成費については、高額療養費（外来年間合算含む。）のうち、福祉医療受給にかかる分の申請を委任します。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。

年 月 日	申請者 住所 本人に同じ
長浜市長 〇〇〇	氏名
記入した日	電話 ()
助成対象者本人の氏名(自署)、電話番号を記入ください。	来庁者 住所 □申請者に同じ
	□
	氏名 (続柄)
	生年月日 年 月 日
	電話 ()

処理欄	区分	41	47	43	44	45	46	82	85	83	84
	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	受給者番号					
	加入保険	□長浜市国民健康保険		□長浜市後期高齢者医療保険		□その他 (添付の写しのとおり)					
添付書類	□身障手帳写 □療育手帳写 □精神手帳写 □母子・父子家庭証明書 □遺族年金証書写 □その他 ()										

本人確認 (マイナンバーカード 運転免許証 在留カード) 受付 ()