

※ 発行受給券	福祉番号	受給者番号

## 福祉医療費受給券（交付・更新）申請書（乳幼児用）

平成 年 月 日

竜王町長

次のとおり（交付・更新）をされたく申請します。なお、申請に当たり、申請時および受給期間中に必要があるときは、世帯の所得および町民税の課税状況ならびに住民基本台帳等の必要事項について、調査および確認することを承諾します。

また、加入医療保険者等から附加給付等を受けたときは、返還することを確約するとともに、私が承諾したことについて関係者から異議の申出があったときは、私の責任において解決します。

〒 ー

住 所 竜王町大字

申請者 氏 名 Ⓡ

電話番号 (            )

助成対象者	フリガナ		性別	平成 年 月 日生	
	氏名		男・女		
	住所	竜王町大字			
保護者	フリガナ		性別	助成対象者との続柄	
	氏名		男・女		
	住所	〒 ー 竜王町大字			
加入医療保険	記号番号		保険者の所在地		
	保険者名		附加給付の有無	有 ・ 無	
	被保険者氏名		取得年月日	年 月 日	

**注意事項**

- 1 被保険者証または組合員証をご持参ください。
- 2 母子健康手帳をご持参ください。
- 3 県内の他の市町から転入した場合は、旧受給券を提出してください。
- 4 ※印欄には記入しないでください。
- 5 保護者本人が署名する場合は、押印は不要です。
- 6 保護者については、原則として児童手当受給者になりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者を記入してください。

裏面も記入してください

## 乳幼児福祉医療費受給申請にかかる調書

助成対象乳幼児の兄弟姉妹等の構成

	氏 名	生 年 月 日 (年齢)	住 所
保 護 者 (児童手当受給者) (主たる生計維持者)		年 月 日 ( 歳)	竜王町大字
(配偶者)		年 月 日 ( 歳)	
(第1子)		年 月 日 ( 歳)	
(第2子)		年 月 日 ( 歳)	
(第3子) (所得制限なし)		年 月 日 ( 歳)	

備考 第1子等が18歳以上で就労または住所が同一でない場合も記載してください。