

※ 発行受給券	福祉番号	受給者番号

福祉医療費受給券交付申請書（乳幼児用）

年 月 日

竜王町長

次のとおり、竜王町福祉医療費助成条例施行規則第5条の規定により、受給券を交付されたく申請します。また、申請に当たり、下記の2点について同意します。

- 1 受給申請時および受給期間中に助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について、調査および確認すること。
- 2 加入医療保険から附加給付または高額療養費（外来年間合算を含む。）を支給されたときは、先に竜王町が医療機関等に支払った附加給付または高額療養費（外来年間合算を含む。）に相当する額を竜王町の指定する方法により返還すること。

住 所
申請者 氏 名
電話番号

助成対象者	フリガナ		性別	年 月 日生	
	氏 名		男・女		
	住 所				
保 護 者	フリガナ		性別	助成対象者 との続柄	
	氏 名		男・女		
	住 所				
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 母子健康手帳をご持参ください。
- 2 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。
- 3 ※印欄には記入しないでください。
- 4 附加給付とは、ご加入中の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。