

## 福祉医療費受給者証交付・更新申請書

太子町長様

令和 年 月 日

申請者 住所 太子町

---

氏名 ( )

(受給者との続柄)

---

電話番号 ( ) -

下記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

なお、資格認定については、世帯構成員の状況についての調査及び本人、配偶者及び扶養義務者(直系血族及び兄弟姉妹)等の課税台帳の閲覧のほか、必要事項の調査・確認に同意します。

			負担区分			
			一般	低Ⅱ	低Ⅰ	免除
受給者番号						
	氏名	続柄	生年月日	性別	同居・別居の別(どちらかに○)	
	フリガナ		年 月 日	男・女	※単身赴任や就学等の理由により、受給者と別居中になっている家族のみ住所を記入してください。	
	受給者	本人	年 月 日	男・女		
	配偶者	夫・妻	年 月 日	男・女	同・別	住所
保 護 者 ・ 扶 養 義 務 者	※その他の世帯構成員	父	年 月 日	男・女	同・別	住所
		母	年 月 日	男・女	同・別	住所
			年 月 日	男・女	同・別	住所
			年 月 日	男・女	同・別	住所
			年 月 日	男・女	同・別	住所
			年 月 日	男・女	同・別	住所
			年 月 日	男・女	同・別	住所
受給者の 加入健康保険	健康保険の種類 (番号に○)	1 協会けんぽ                      2 健保組合                      3 太子町国保 4 船員健保                      5 共済組合                      6 国保組合 7 後期高齢				
	保険証記号番号 <small>※太子町国保は記号なし</small>	記号			番号	
	被保険者氏名				資格取得年月日	年 月 日
	保険者名称				保険者番号	
交付申請事由 及び発生年月日	1 条例等に定める受給資格に該当するため    3 保険に新たに加入したため 2 転入してきたため                      4 その他( )					交付事由発生年月日 (                      年 月 日 )