

福祉医療費受給者証（乳幼児・子ども用）交付申請書

下記のとおり福祉医療費受給者証（乳幼児・子ども用）の交付を申請します。この申請について、私の世帯の課税状況を調査することに同意します。

高額療養費及び付加給付が出た場合、その請求及び受領の権限を市長に委任します。

届出年月日	令和 年 月 日	受給者証記号番号	—		
申請者氏名	児童との続柄				
	1 父 2 母 3 その他 ()				
児童氏名	性別	児童生年月日			
児童住所					
児童の健康保険	<input type="checkbox"/> 裏面の通り				
被保険者					
児童との続柄					
記号番号					
保険者					
保険者番号					
認定年月日	令和 年 月 日				
所得制限対象者					
続柄	氏名	生年月日	個人番号	税額	
電話番号					
宛名番号	備考 (/ 付転入・出生)				
	交付年月日				