

福祉医療費受給者証交付・更新申請書

受給者	受給者証の記号番号						
	住所	光市					
	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名						
同一家庭受給対象者				入院の 場 合	病名等 入院日数		
受給者の 状況	家 族 の 状 況			受給者(父母)の課税状況			
	父 氏名： 生年月日： 年 月 日			父 _____			
	母 氏名： 生年月日： 年 月 日			母 _____ 計 _____			
	税法上の扶養控除を受けている16～18歳親族 氏 名： 生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 ※左記親族のうち、別居の扶養親族がいる場合は 現住所を記入してください。			
	氏 名： 生年月日： 年 月 日			氏 名：			
	氏 名： 生年月日： 年 月 日			現住所：			
加入医療 保険	被保険者 氏 名			受 給 者 との続柄		資格取得 年 月 日	年 月 日
	保険種別	協 組 日 船 共 国 退		記号番号	記号	番号	
	発 行 機 関 名	保険者番号		保険者名称			
	所 在 地						
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 ※福祉医療費受給者証交付・更新申請に際し、私及び私の属する世帯の所得（課税）額等について課税台帳により調査されることを承諾します。また、助成を受けた医療費について高額療養費等の支給がある時は、高額療養費等の申請及び受領に関する権限を市長に委任します。 年 月 日 申請者 住所 _____ (保護者) 氏名 _____ (電話 _____ - _____) 光市長 様							