様式第１号（第６条、第９条関係）

医療費受給者証交付（更新）申請書

　　令和　　　年　　　月　　　日

花巻市長　様

申請者　住　所

氏　名

連絡先

　次のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。申請にあたり、資格の登録・更新に際して受給者及び保護者、扶養義務者の必要な公簿（住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係情報等）の情報を市長が閲覧すること、取得することに同意します。また、受給者資格を有する期間中、市長が高額療養費の代理申請を行い、受取すること及びそれに付帯する一切の権限を委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **フリガナ** | **生年月日** | **続柄** | **住　　　所** |
| **氏　　名** |
| **受給者** |  |  | □大正□昭和□平成□令和年　　月　　日 | 本人 | 花巻市 |
|  |  |
| **(アパート名等)** |
| **加入保険** | **記号** |  | **番号** |  | **保険者番号** |  |
| **被保険者氏名(カナ)** |  |  | **受給者との続柄** |  |
| **振込先****口座** | **金融機関名** | **種別** | **口座名義人(カナ)** |  |  |
| 　　銀行・信金　　　　　　　　本店　農協・金庫　　　　　　　　支店 | □普通□当座 | **口座番号** |  |  |  |  |  |  |  |
| 　上記申請に係る所得確認のために、公簿（住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係情報等）の情報を市長が閲覧することに同意します。 |
|  | **フリガナ** | **生年月日** | **続柄** | **住　　　所** |
| **氏　　名** |
| **扶養義務者** | □受給者に同じ |
|  |  | □大正□昭和□平成□令和年　　月　　日 |  |  |
|  |  |
| **(アパート名等)** |
| **保護者①****※郵便物の送付先** | □受給者に同じ　□扶養義務者に同じ |
|  |  | □大正□昭和□平成□令和年　　月　　日 |  | □同居　□別居 |
|  |  |
| **(アパート名等)** |
| **保護者②****※上記以外の保護者** |  |  | □大正□昭和□平成□令和年　　月　　日 |  | □同居　□別居 |
|  |  |
| **(アパート名等)** |
| 処理欄 | 銀行コード |  |  | 資格 | □認定（県単）□認定（市単）□却下 | 保険種別 |  |
| 証番号 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | **0** | **5** | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | **0** | **5** | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| 該当要件 | □出生（令和　年　月　日）　□転入（令和　年　月　日）□児童扶養手当（令和　年　月）□出産予定日（令和　年　月　日）□身手1～2級（令和　年　月）□その他（　　　　 　） | **受付印** |
| 受付者 |  | 入力者 | （　/　） |  |
| 確認者 |  |

◆備考欄◆

□同世帯受給者あり

　・氏名　　　　　　　　証番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・氏名　　　　　　　　証番号

・氏名　　　　　　　　証番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・

　・

□同世帯受給者なし

□証発行

・郵送：令和　　年　　月　　日

　・その他（　　　）：令和　　年　　月　　日

□その他該当要件あり

□身体障害者手帳1～2級

□特別児童手当１級

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□障害基礎年金1級

□特別障害給付金1級

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□療育手帳Ａ

□その他該当要件なし

□不備書類