

発行受給券	福祉番号	受給者番号

福祉医療費受給券交付(更新)申請書(乳幼児用)

年 月 日

長浜市長 あて

長浜市福祉医療費助成条例施行規則第6条の規定により、受給券を交付(更新)されたく申請します。この場合において、本市の保有する公簿等により、受給申請時及び受給期間中における世帯の所得等の確認並びに助成対象者の属する世帯の構成及び異動状況について調査確認することを長浜市長に委任します。

また、保険者から附加給付を受けたときは既に受領した福祉医療費を返還することを確約します。

番 号

申請者 住所 長浜市 町 番地

(保護者) 氏名 印

助成対象者	ふりがな	男・女	年 月 日生	
	氏名			
居住地				
助成対象者	ふりがな	男・女	年 月 日生	
	氏名			
居住地				
助成対象者	ふりがな	男・女	年 月 日生	
	氏名			
居住地				
保護者	氏名	男・女	助成対象者との続柄	
	居住地			
加入保険	記号及び番号	保険者の所在地		
	保険者名	附加給付の有無	有 ・ 無	
	被保険者名			

注意事項

- 1 被保険者証又は組合員証をご持参ください。
- 2 母子健康手帳をご持参ください。
- 3 長浜市外から転入した場合は、所得等を証する書類及び旧受給券を提出してください。
- 4 保護者本人が署名する場合は、印かんは不要です。
- 5 保護者については、原則として、児童手当受給者になりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者を記入してください。
- 6 申請書の 印欄には記入しないでください。

(裏面)
様式第8号

乳幼児福祉医療費受給申請にかかる調書

助成対象乳幼児の兄弟姉妹等の構成

	氏名	生年月日	現住所
保護者 (児童手当受給者) (主たる生計維持者)			
(第1子)			
(第2子)			
(第3子)			
(第4子)			
(第5子)			

注) 第1子等が18歳以上で就労または住居が同一でない場合も記載してください
上記の個人情報については、福祉医療助成にかかる手続きにのみ用い、当該
手続き以外の目的で利用することはありません。