様式第１号（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（こども）

氏名	続柄	生年月日	住所
ﾌﾘｶﾞﾅ	子		
個人番号			
	父		□同上
個人番号			
	母		□同上
個人番号			

証交付申請事由	□ 出生 □ 転入 □ その他（　　）	転入年月日	
		転入前住所	

支払口座の指定	金融機関名・支店名	口座種別	口座番号	口座名義

医療保険の加入状況		
被保険者記号番号	記号	
	番号	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
被保険者個人番号		
被保険者生年月日		
被保険者住所		
保険者名		
保険者番号		
認定日		

◆医療保険の資格情報が分かるものを、太枠内に添付し、又は窓口で提示してください。
（例：マイナポータルの画面、資格確認書、資格情報のお知らせ）

※サイズが大きい場合は裏面に貼り付けてください。

＜ 市 役 所 確 認 欄 ＞
□提示：確認書類（　　）
確 認 者（　　）

上記のとおり、各務原市福祉医療費助成制度（こども）による受給者証の交付を申請します。

※なお、受給資格の認定の審査のため、医療保険の加入状況等の必要な情報を閲覧すること及び受給資格者に係る高額療養費の自己負担限度額の把握のため、被保険者（国保の場合は世帯主）の税務情報を閲覧することについて承諾するとともに、認定された場合は、受給資格者であることに関する情報を医療保険の保険者へ提供することに同意します。また、高額療養費の請求及び受領について、被保険者（国保の場合は世帯主）は、各務原市長に委任します。

（宛先）　各務原市長　　申請年月日　　年　　月　　日

申請者
住所　　各務原市
氏名　　（電話番号　　－　　－　　）
被保険者名（国保の場合は世帯主名）

＜ 市 役 所 確 認 欄 ＞

負担者番号	受給資格者番号

受付		入力		確認	

有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	届出人	□ 申請者 □ 世帯員 □ 代理人（　　）	身元確認	□ 写真付１点（マイナンバーカード、運転免許証等） □ 写真無２点（資格確認書、年金手帳等） □ その他（　　）
交　付	年　月　日				