

様式第1号の3(第3条関係)

世帯コード

母 福祉医療費受給者証交付申請書兼受給資格者台帳(母子家庭等用)

		氏名	生年月日	住所	続柄	受給者番号	有効期間
受給資格者	母			各務原市 (TEL - -)	本人		
	児童						

児童等の状況 児童の父母	父	ア 離婚 イ 死亡 ウ 父が障害 エ 生死不明 オ 遺棄 カ 拘禁 キ 未婚の女子で父がいない ク その他()	公的受給状況 年金	ア 児童扶養手当 イ 年金()	備考
	母	ア 受給者 イ その他()		ウ 申請中 [ア、イ] エ その他()	
	養育者	受給資格者との関係()			

加入保険	被保険者氏名		生年月日	住所		続柄	資格取得日 年 月 日		(付加給付) 無 ・ 有
	1 市国保 2 組合同保 3 協会 4 組合 5 船員 6 日雇 7 共済	記号番号	保険者名	負担者番号	住所	変更			

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。なお、受給資格の認定及び更新にあたり、受給者、その配偶者及び扶養義務者の税務資料の閲覧について承諾します。
高額療養費の請求及び受領について、世帯主(被保険者)は各務原市長へ委任します。

(宛先) 各務原市長

年 月 日 各務原市 住所

申請者 氏名

世帯主(被保険者) 氏名

前住所	年 月 日 転入
-----	----------

個人番号	<ul style="list-style-type: none"> 母： 児童①： 児童②： 児童③： 児童④： 被保険者：
------	---

受給資格者	所得額	控除額	控除後の所得額
受給資格者の配偶者	所得額	控除額	控除後の所得額
扶養義務者	所得額	控除額	控除後の所得額

証交付申請理由	1 認定請求 2 転入 3 保険加入 4 生保開始 5 所得超過解消 6 その他		
証交付	年 月 日	受給開始	年 月 日
証返還	年 月 日	証再交付	年 月 日
証更新	年 月 日	証再交付	年 月 日
資格喪失	年 月 日	理由	

口座振込	銀行 信用金庫 農協	支店	普通口座	口座番号	口座名義人
------	------------------	----	------	------	-------

上記の申請により
受給者証を交付してよろしいか

審査 適否	決裁	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員

