

※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（子ども用）

- 乳 幼 児（米原市福祉医療費助成条例第2条第1項第1号ア該当）
- 小・中学生（米原市福祉医療費助成条例第2条第1項第1号イ該当）
- 高校生世代（米原市福祉医療費助成条例第2条第1項第1号ウ該当）

年 月 日

米原市長 様

次のとおり、米原市福祉医療費助成条例施行規則第6条（第7条）の規定により、受給券の交付（更新）を受けたいので申請します。なお、申請に当たり、下記の3点について同意します。

- 1 受給申請時、受給期間中および更新時に助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について、個人番号等により調査・確認すること。
- 2 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算を含む。）のうち、福祉医療受給にかかる申請および受領について米原市長に委任すること。
- 3 助成された福祉医療費のうち、保険者から附加給付または高額療養費を受けたときは、給付された相当額を返還すること。

申請者 住 所  
 (保護者) 氏 名  
 電話番号

助成対象者	フリガナ		年 月 日生	
	氏 名			
	居 住 地			
助成対象者	フリガナ		年 月 日生	
	氏 名			
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 同上		
助成対象者	フリガナ		年 月 日生	
	氏 名			
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 同上		
保護者	フリガナ		助成対象者との続柄	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ _____		
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 同上 _____		
加入医療保険	記号・番号	(記号)	(番号)	
	保 険 者 番 号 / 名 称	(保険者番号)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> (その他) _____	
	被 保 険 者 氏 名	<input type="checkbox"/> 保護者氏名に同じ _____		

注意事項

- 1 健康保険証（マイナ保険証）、資格確認書または資格情報のお知らせ等を御持参ください。なお、出生時に限り、被扶養者として加入する医療保険が明確な場合のみ、被扶養者の健康保険証（マイナ保険証）等を御持参ください。
- 2 県内の他の市町から転入した場合は、その市町が発行した受給券を御持参ください（乳幼児、高校生世代に該当する方）。