様式第２号　その３（第６条、第７条関係）

※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（児童・生徒等用）

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福祉医療費にかかる高額療養費（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（保護者）
住　　所
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	□同上		
助成対象者	フリガナ		年　月　日生	
	氏名			
	居住地	□同上		
保護者	フリガナ		助成対象者との続柄	
	氏名	□申請者氏名に同じ ＿＿＿＿＿＿		
	現住所	□同上 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
加入保険	記号・番号	（記号）	（番号）	
	保険者番号／名称	（保険者番号）	□国保 □全国健康保険協会＿＿＿＿支部 □（その他）＿＿＿＿＿＿	
	被保険者氏名	□保護者氏名に同じ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

注意事項

１　被保険者証または組合員証を御持参ください。

２　申請書の※印欄には記入しないでください。

３　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。