



福祉医療費受給券 交付・再交付 申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

次のとおり福祉医療費受給券の交付・再交付を申請します。なお、交付・再交付に当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者、配偶者及び扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格に係る項目について調査・確認することに同意します。

また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に大津市が医療機関等に支払った高額療養費又は附加給付金に相当する額を大津市の指定する方法により返還します。



申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

助成区分		障害者（身体・知的・心身・精神）・低所得・母子・父子・寡婦・高齢寡婦			
助成対象者	フリガナ			男・女	年 月 日生
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
	転入年月日 <small>※転入のときのみ記入</small>	年 月 日	前住所地	県内 ・ 県外	
	<input type="checkbox"/> 身障手帳番号 <input type="checkbox"/> 療育手帳番号 <input type="checkbox"/> 精神手帳番号 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者番号	(身) 第 _____ 号 _____ 級 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日交付) (療) 第 _____ 号 (A1、A2、B1、B2) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日交付) (精) 第 _____ 号 _____ 級 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日交付) (通) 第 _____ 号 _____ 級 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日交付) ※各種手帳・自立支援医療受給者証の写しも添付してください。			
御加入の健康保険	記号・番号	(記号)	(番号)	助成対象者の資格取得年月日	年 月 日取得
	被保険者氏名 <small>(生年月日)</small>	<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日生)		被保険者住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	保険者番号	<input type="checkbox"/> 大津市国保 <input type="checkbox"/> 滋賀県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> （その他） _____	保険者名称		

※配偶者と扶養義務者欄は、助成対象者と同一世帯に属しない場合のみ御記入ください。

配偶者氏名	生年月日	年 月 日	住所
扶養義務者氏名	生年月日	年 月 日	住所

注意事項

- 1 助成対象者本人、配偶者、扶養義務者の所得が大津市で確認できない場合は、その方の住民税課税（非課税）証明書が必要です。
- 2 申請者本人が署名する場合は、押印は不要です。
- 3 附加給付とは、御加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。

市記入欄

受給券番号		自己負担		母子自立支援員 確認印  入力 印
認定事由・年月日		年 月 日		
有効期限		年 月 日		
交付年月日		年 月 日		