



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 \_\_\_\_\_
電話番号 \_\_\_\_\_

Main application form table with sections for recipient details, insurance status, and family information.

※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。

Table for spouse and dependent information including name, birth date, and address.

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(個人番号が記載された書類、本人確認書類及び個人番号利用に係る同意書でも可)が必要です。
2 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

Table for confirmation documents, regime numbers, and validity periods.

入力 ㊦