



綾川町医療費受給資格者証 交付申請書

令和 年 月 日

綾川町長 様

住 所

申請者
(窓口に来られた人) 氏 名

連絡先

医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請に当たり公簿等により私及び世帯員の所得を確認されることを承諾します。

受給資格者	被保険者	フリガナ 氏 名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
		住 所	〒				
	対象者	フリガナ 氏 名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
		被保険者（保護者）との続柄				公費区分	子育て・ひとり親・重心
		フリガナ 氏 名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
		被保険者（保護者）との続柄				公費区分	子育て・ひとり親・重心
登録口座 (振込先)	振込金融機関・支店名			種目	口座番号	口座名義人（カナ）	
	銀行 本店 農協 支店 金庫・組合 出張所		普通				
加入保険	保険者番号	記 号	番 号	付加給付	備考		
				有・無			

(注)

- 対象者が加入している健康保険証を持参して下さい。
- 対象者が障害者手帳を交付を受けているときは障害者手帳の提示をお願いします。
(身障手帳4級以上または療育手帳㊸以上)
- ひとり親家庭等に該当する場合は、ひとり親家庭等であることがわかる書類を添付して下さい。
- 振込先がわかる金融機関の通帳又はキャッシュカードの写しを添付して下さい。

【確認欄】

(共通) 保険証の写し・通帳（又はカード）の写し・所得課税証明・住基異動届	受付	証発行	システムチェック
(ひとり親) 児扶申請の写し又は母子父子家庭等申立書			
(重心) 手帳の写し			