

公費番号	受付	課長	係長	係
受給者番号				

福祉医療費受給者証交付申請書

(あて先) 宝 塚 市 長
下記のとおり宝塚市福祉医療費の助成に関する条例の規定にもとづき申請します。
併せて、受給対象者と、その扶養者、配偶者及びその属する世帯の世帯員等について、この申請に係る事務に必要な市税に関する賦課資料、住民基本台帳の調査を助成対象期間中、承諾します。また、当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費等に該当する額がある場合は、その受領を公費負担者である宝塚市に委任します。なお、高額療養費等について、宝塚市が受給者の加入する保険者から、被保険者情報及び給付情報等を得ることに同意します。

年 月 日

申請者	氏名:	受給者との関係()
	TEL:	
	住所:	☐ 受給者住所と同じ

受給者	フリガナ		生年月日	. .
	氏名			
	住所	宝塚市		

医療保険 ☐ 別添あり	被保険者	氏名			
		住所	☐ 受給者住所と同じ		
	保険者	記号	番号	資格取得日	
		保険者名称		保険者コード	

判定世帯等	扶養者	フリガナ		生年月日	. .
		氏名			
		住所	☐ 受給者住所と同じ		
	扶養者の 配偶者	フリガナ		生年月日	. .
		氏名			
		住所	☐ 受給者住所と同じ		

以下は記入しないでください。

処理欄	申請事由	☐ 転入	事由発生日	助成開始日	助成終了日	証交付方法
		☐ 出生				☐ 郵送(月 日)
		☐ 保険加入				☐ 手渡し
		☐ 生保廃止	備考			
		☐ 所得超過解消				
		☐ その他				