

公費番号	受付	課長	係長	係
記入例(乳幼児等・こども医療)				

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、承認期間中、承継期間中において、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公費負担額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。

申請者欄に、申請者の氏名・電話番号・住所をご記入ください。

記入をした日付

年 月 日

申請者 氏名: 宝塚 太郎 受給者との関係(父)
 TEL: 0797-77-2064
 〒 665 - 8665 □受給者住所と同じ
 住所: 宝塚市東洋町1番1号

受給者	フリガナ	タカラヅカ イチロウ	生年月日	30 ・ 12 ・ 1
	氏名	宝塚 一郎		
	住所	宝塚市 東洋町1番1号		

お子さまの氏名が記載された「健康保険の確認できるもの(健康保険被保険者証・資格確認書・資格確認のお知らせ等)」のコピーを添付してください。

受給者欄に、お子さまの氏名・フリガナ・生年月日・住所をご記入ください。

保険別添あり	記号	番号	資格取得日
	保険者名称		

お子さまの扶養者と扶養者の配偶者それぞれの氏名・フリガナ・生年月日・住所をご記入ください。
 住所がお子さまと同じ場合は、□欄にチェックを入れてください。

判定世帯等	扶養者	フリガナ	タカラヅカ タロウ	生年月日	60 ・ 1 ・ 1
		氏名	宝塚 太郎		
	扶養者の配偶者	住所	□受給者住所と同じ		
		フリガナ	タカラヅカ ハナコ	生年月日	60 ・ 1 ・ 2
		氏名	宝塚 花子		
		住所	□受給者住所と同じ		

【郵送での申請方法について】

上記の枠内の項目にもれなく記入をしてください。

必ずお子さまの氏名が記載された「健康保険の確認できるもの(健康保険被保険者証・資格確認書・資格確認のお知らせ等)」のコピーを添付し、以下のあて先に郵送してください。

受給者証は、申請書類到着後一週間ほどでお子さまのご住所あてに送付します。

〒665-8665 宝塚市東洋町1番1号
 宝塚市役所 医療助成課 福祉医療係 乳児メール便担当
 (TEL0797-77-2064)