第1号様式(第2条、第5条関係)

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市母子家庭等医療費受給者証交付(更新)申請書

受給資格者(母等)及び児童	住所	大垣市				
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	受給者証番号 個人番号		有効期間
	母等	本人				
	児童					
	児童					
	児童					
	児童					
	児童					

加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名		受給資格者との続柄	
	住所		保険者番号	
	保険種別	国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員	記号番号	
	保険者名		附加給付等の有無	有・無

児童の父母等の状況		ア 離婚　イ 死亡　ウ 障害　エ 不明　オ 遺棄　カ 拘禁　キ 未婚　ク その他
		ア 受給資格者　イ その他(　　)
	養育者	児童との関係
	交付事由発生年月日	年　月　日

上記のとおり大垣市母子家庭等医療費受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格の認定及び更新に当たり、私に関する税務情報(所得等)を利用することについて同意します。
また、医療費助成に関する情報を保険者に提供することについて同意します。
被保険者(世帯主)は、高額療養費の請求及び受領について大垣市長に委任します。

年　月　日

申請者　住所　大垣市
(受給資格者)
氏名

被保険者(世帯主)氏名
(電話番号　－　－　)

大垣市長様

注)　現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するものをお持ちください。

受付	手渡	郵送	同地	判定	入力	ﾏｲﾅﾎﾟ