

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												
加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名		受給資格者の続柄										
	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 險 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（ ）										
		交付事由発生日			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													

受付	手渡	郵送	同地	判定	入力	マ付本 [※]