

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	

大垣市父子家庭医療費受給者証交付(更新)申請書

受給資格者(父)及び児童	住所	大垣市																		
	フリガナ	続柄	生年月日	受給者証番号				有効期間												
	氏名			個人番号																
	父		本人	年 月 日	7	0	2	-												
	児童			年 月 日	7	0	2	-												
				年 月 日	7	0	2	-												
			年 月 日	7	0	2	-													
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															
	保険者名				附加給付等の有無				有 ・ 無											
児童の父母の状況	母	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																		
	父	ア受給資格者 イその他( )																		
	交付事由発生年月日				年 月 日															
<p>上記のとおり大垣市父子家庭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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 大垣市 (受給資格者) 氏名</p> <p>被保険者(世帯主)氏名</p> <p>(電話番号 - - )</p> <p>大垣市長様</p>																				

受付	手渡	郵送	同地	判定	入力

