

父子  
母子 医療費資格者証(交付・更新)申請書  
遺児

対象者氏名	(父・母・養育者)	男・女	生 年 月 日	年 月 日	他制度受給
	(子)	男・女		年 月 日	乳幼児・こども・障害
	(子)	男・女		年 月 日	乳幼児・こども・障害
	(子)	男・女		年 月 日	乳幼児・こども・障害
	(子)	男・女		年 月 日	乳幼児・こども・障害

加入医療保険	保険の種別	協・組・船・共・国・他国	記号・番号	
	被保険者の氏名		附加給付の状況	
	保険者名及び所在地			

家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先(学年)等	同世帯・別世帯
		本人	年 月 日		同・別
			年 月 日		同・別
			年 月 日		同・別
			年 月 日		同・別
			年 月 日		同・別
			年 月 日		同・別

丹波篠山市福祉医療費等の助成に関する条例により、医療費の助成を受けたいので申請します。

年 月 日

申請者 住所 丹波篠山市  
氏名

㊟

丹波篠山市長 様

(連絡先電話番号 - - )

私に係る福祉医療費助成事務に必要な、世帯全員の所得状況及び世帯状況の調査を承諾します。

また、このことについては各世帯員の同意を得ています。

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、高額療養費等に該当する部分がある場合は、給付調整されることに同意します。

申請者 氏名

㊟

処理欄	受付年月日	住民基本台帳	前年の所得額	処 理	
	年 月 日	年 月 日 転入・離婚 死亡・その他	円	年 月 日	交付 却下
		資格取得年月日	年 月 日	/ 入力済	/ 送付済

