

※	福祉番号	受給者番号
発行受給券		

## 福祉医療費受給券交付申請書（乳幼児用）

年 月 日

守山市長あて

次のとおり、守山市福祉医療費助成条例施行規則第6条第1項および同条第2項の規定による受給券の交付をされたく申請します。なお、申請にあたり、受給券交付時および受給期間中に助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について調査・確認することに同意します。

申請者 住所  
 氏名 (印)  
 電話番号

助成対象者	ふりがな		男・女	年 月 日生	
	氏名				
	居住地				
保護者	氏名		男・女	助成対象者との続柄	
	居住地				
加入保険	記号および番号		附加給付の有無		有 ・ 無
	保険者名 保険者番号		保険者所在地		
	被保険者氏名				

**注意事項**

- 1 被保険者証または組合員証をご持参ください。
- 2 母子健康手帳をご持参ください。
- 3 県内の他の市町から転入した場合は、旧受給券を提出してください。
- 4 申請書の※印欄には記入しないでください。
- 5 保護者本人が署名する場合は、印かんは不要です。
- 6 保護者については、原則として、児童手当受給者になりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者を記入してください。

受付者		確認欄	
-----	--	-----	--