

様式第3号(その1)(第6条関係)

※ 発行受給券		福 祉 番 号	受給者番号	
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。				
また、加入健康保険から高額医療費または付加給付金を支給されたときは、先に守山市が医療機関等に支払った高額療養費または付加給付金に相当する額を守山市の指定する方法により返還します。				
住 所				
申 請 者 氏 名				
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			
加入健康保険	記号および番号		付加給付の有無	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 母子健康手帳をご持参ください。				
2 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。				
3 申請書の※印欄には記入しないでください。				
4 付加給付とは、ご加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。				
受付者				確認欄