

様式第1 (第5条関係)

後期高齢者福祉医療費受給者証 交付更新 申請書

年 月 日

(宛先) 小牧市長

申請者 住 所  
(受給資格者) 氏 名  
電話番号 - -

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付・更新をしてください。

なお、申請に当たっては、小牧市長が医療費受給資格等の審査のため、所得等の公簿の閲覧をすることに同意するとともに必要な公簿の閲覧に係る所定の申請権限を小牧市長に委任します。

また、「高額療養費」、「附加給付金」及び「高額介護合算療養費」(以下「高額療養費等」という。)の取扱いについては、次のとおりとすることに同意します。

- 1 後期高齢者福祉医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る高額療養費等については、小牧市長が保険者から高額療養費等を受領すること。
- 2 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、小牧市に当該金額を返納すること。

受給資格者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
加入保険	名 称 (保険者番号)	1 小牧市後期高齢者医療 (39232194)	2 その他 ( ) ( )		
	記 号 番 号		資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	
	被保険者氏名	1 受給資格者と同じ 2 ( )	附 加 給 付 の 状 況	有 ・ 無	
認 定 区 分	区 分	手 帳 番 号 等			
	<input type="checkbox"/> 身体・知的障害等 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳保持 <input type="checkbox"/> 精神措置入院 <input type="checkbox"/> 結核勧告入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり・認知症 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他 ( )	手帳番号 _____ 等級 _____ 交付年月日 _____年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 再認定時期 無・有 _____年 月 障 害 名 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 判定年月日 _____年 月 日 次の判定年月 無・有 _____年 月 <input checked="" type="checkbox"/> 有効期限 _____年 月 日から _____年 月 日まで その他 _____			
※	受給者番号		※	受給資格日	年 月 日
備 考					

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。