

医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

一戸町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

次のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

対象となる事業		乳幼児・妊産婦・児童生徒等 重度心身障害者（一般・後期高齢） ひとり親家庭（父・母・児童）		認定要件	出生・妊娠・小学生・中学生・高校生 身障手帳（1級・2級）・療育手帳A 特児1級・年金1級・死別・離別・遺棄 転入・その他（ ）	
受給者	(フリガナ) 氏 名	男 女	生年 月 日	(T・S・H・R) 年 月 日生（満 歳）		
	住 所	一戸町				
保護者	(フリガナ) 氏 名	男 女	生年 月 日	(T・S・H・R) 年 月 日生（満 歳）		
	住 所	一戸町				
	受給者との続柄		同居別居の別	同居・別居	生計関係	生計同一・生計維持
加入医療保険等	被保険者氏名			受給者との続柄		
	医療保険の種別			記号・番号		
	保険者名 (保険者番号)	()		所在地		
	資格取得年月日	年 月 日	付加給付の有無			
振込先	口座名義人			金融機関	銀行 信金 農協	支店 本所 支所
	口座番号			預金種別	普通（総合）・当座	

(同意書) 上記申請に係る事務手続きを処理するために限り、下記について同意します。

- 1 一戸町が保有する住民登録情報及び町民税課税状況の調査
- 2 当該年度の地方税関係情報の取得

年 月 日

住 所

氏 名

個人番号

住 所

氏 名

個人番号

※妊産婦または重度心身障害者事業の場合は、受給者・保護者の同意が必要です。

乳幼児または児童生徒の場合は、父母それぞれの同意が必要です