様式第１号　　出産予定日　　年　　月　　日

医療費受給者証交付（更新）申請書

年　　月　　日

一戸町長　　殿

申請者　住　　所
氏　　名　　印
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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　　名	男 女		生年月日	(M・T・S・H・R) 年　月　日生（満　歳）
	住　　所	一戸町			
保護者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　　名	男 女		生年月日	(M・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　支店 信金　本所 農協　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　　印　　個人番号

住　　所
氏　　名　　印　　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