

福祉医療費受給者証(交付・更新)申請書

(大学生等安心用)

受給者	住所 和木町				
	氏名	生年月日	個人番号	受給者番号	
		年 月 日			
		年 月 日			
健康保険	保険種別	協・組・日・船・共・国・国退			
	被保険者氏名	被保険者住所 1.受給者と同じ 2.別住所()			
	発行機関名	記号番号			
金融機関	金融機関名	本店・支店・本所・支所名			
	口座番号	口座名義人			
保護者		氏名	生年月日	個人番号	住所(町外在住の場合)
	父		年 月 日		
	母		年 月 日		
同意事項	<p>(1) 町長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、課税資料から対象者の世帯の課税状況及び23歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。</p> <p>(2) 町長が次回以降の福祉医療費受給者証の更新時に、資格要件に該当する限りにおいて、課税資料から受給者の世帯の課税状況を調査すること。</p> <p>(3) 町長が、高額療養費算企業基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税及び所得状況を調査すること。</p> <p>(4) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。</p> <p>(5) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、町長の過払い相当額を町長へ返還すること。</p> <p>(6) 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。</p> <p>(7) 和木町大学生等安心医療費助成要綱又はこれらの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。</p>				

上記のとおり同意事項に同意のうえ、福祉医療費受給者証の交付・更新を申請します。

年 月 日

申請者 住所

和木町長 様

氏名

事由	<input type="checkbox"/> 転入[転入日 . . .]前住所() <input type="checkbox"/> 前年度所得超過 <input type="checkbox"/> 更新未提出 <input type="checkbox"/> 更新時未申告 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 制度変更 <input type="checkbox"/> その他()		[備考] <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()
	開始日	年 月 日	