

福祉医療費受給資格認定申請書(子ども)

年 月 日

時津町長 様

申請者 住 所 時津町浦郷274番地 1  
(受給者)氏 名 時津 太郎  
生年月日 平成元年1月1日(34歳)  
支給対象者との続柄 (父)  
TEL 095-882-2211

次のとおり、受給資格の認定を申請します。あわせて、福祉医療費助成を受けるにあたり、下記の同意事項に同意します。

|   |  |   |               |  |            |
|---|--|---|---------------|--|------------|
| 受給者番号   |  |   | 有効期間          | 年 月 日～ 年 月 日                           |            |
| 支 給 対 象 者   |  |   |               |  |            |
| ふりがな  | とぎつ いちろう<br>時津 一郎  | 男・女   | 生年月日<br>(年 齢) | 平成20年1月1日(15歳)                         |            |
| 保険者番号   | 00420588   | 記号  | 時津            | 番号                                     | 0000000-00 |
| 保険者の名称  | 1 全国健康保険協会( )支部<br>2 健康保険組合<br>3 共済組合<br>4 時津町 国民健康保険<br>5 後期高齢者医療広域連合 | 被保険者氏名  | 時津 太郎         | 支給対象者との続柄                              | 父          |
|   |  | 資格取得年月日(支給対象者の保険加入日)<br>令和元年1月1日              |               |  |            |
| 福祉医療費振込先<br>(償還払い分)   | 銀行名  | 時津銀行  | 支店名           | 時津支店                                   | 口 座        |
|   | 種 別  | 普通・当座・貯蓄                                      | 口座番号          | 0000000                                | 名義人        |
|   |  |   |               | (ふりがな)とぎつ たろう<br>氏名 時津 太郎              |            |
| 《同意事項》  |  |   |               |  |            |
| 1 私は、福祉医療費助成の算定に<br>民基本台帳の記載事項及び健康保   |  | 「受給者」と「口座名義人」を<br>一致させてください。                  |               | 又は世帯員の所得、住民税額の課税状況、住<br>が確認することに同意します。 |            |
| 2 私は、福祉医療費助成の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を時津町長が保険者へ確認することに同意します。         |  |   |               |  |            |
| 3 町が福祉医療費の現物給付した医療費について、保険者が規定する高額療養費や附加給付金等の対象となる場合、保険者への申請及び受領の権限を時津町長へ委任します。           |  |   |               |  |            |
| 4 町が福祉医療費の現物給付した医療費について、保<br>した場合、福祉医療費の現物給付により重複した医療費                                    |  | 「受給者」と「被保険者」が異なる<br>場合は、「被保険者」の署名を<br>お願いします。 |               | 給付金等を私が受領<br>す。                        |            |
| ※申請者(受給者)と健康保険の被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)が異なる場合は、以下の欄を記入してください。<br>健康保険者の被保険者又は世帯主(委任者) _____ 氏名 |  |   |               |  |            |

※申請書受付時のチェック

受付印 保険証コピー 振込先の記入

