第１号様式の２

子

福祉医療費受給者証交付（更新）申請書（子ども）

申請年月日　　年　月　日

フリガナ 子どもの氏名	生年月日	性別	受給資格者番号	資格期間
	年　月　日			．　． ↓ ．　．
	年　月　日			．　． ↓ ．　．
	年　月　日			．　． ↓ ．　．

※太枠内は記入しないでください。

父母等の氏名	（申請者と異なる場合のみ記入）		
医療保険の加入状況	記号番号		
	フリガナ		続柄
	被保険者氏名		
	保険者名		
	保険者所在地		
	保険者番号		
	認定日	年　月　日	
被保険者の住所、氏名及び生年月日	住　所 氏　名 生年月日 （被保険者の世帯が別の場合のみ記入）		
備考			

上記のとおり、岐阜市福祉医療費助成制度(子ども)による受給者証の交付（更新）を申請します。

なお、岐阜市福祉医療費助成制度(子ども)の受給資格者であることに関する情報を加入する医療保険の保険者に提供することに同意します。

高額療養費及び高額介護合算療養費の請求及び受領について、世帯主及び被保険者は、岐阜市長に委任します。

（あて先）　岐阜市長

申請者　住　所　岐阜市

氏　名　　㊞

世帯主　氏　名　　㊞

（電話　　－　　－　　）

（事務処理欄）

(注)子どもが加入している健康保険証を提示してください。