様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　　　　　　　　様

申請者　住所　　岩泉町　　　　字　　　　　番地

　 氏名

（電話番号　　　　　　　　）

医療費受給者証交付（更新）申請書

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 | 子ども･妊産婦･重度心身障がい者ひとり親家庭・寡婦 | 該当要件 |  |
| 受給者 | （フリガナ）氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住所 | 　岩泉町　　　　　字　　　　　　番地 |
| 保護者 | （フリガナ）氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住所 | 　岩泉町　　　　　字　　　　　　番地 |
| 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 |  | 所在地 |  |
| 資格取得年月日 | 　年　　月　　日 | 附加給付の有無 |  |
| 振込先 | 口座名義人 |  | 金融機関 | 銀行　　　　店 |
| 口座番号 |  | 預金種別 | 普通・当座 |
| この申請書に記載した事項について、住民基本台帳、課税台帳等の公簿により確認することに同意します。　　　　年　　月　　日住　所　岩泉町　　　字　　　　番地氏　名　　　　　　　　　　 |
| 委任状（申請者以外の口座を指定する場合、記入してください。）私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。　　　　　医療費の受領に関すること。　　年　　月　　日申請者の住所、氏名　岩泉町　　　字　　　　番地　　　　　　　　　　　　　㊞　代理人の住所、氏名、申請者との続柄　岩泉町　　　字　　　　番地　　　　　　　　　　 |

（Ａ４）