

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	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 岩泉町 字 番地 氏名</p>							
<p>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。）</p> <p>私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。</p> <p>_____医療費の受領に関すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者の住所、氏名 岩泉町 字 番地 (印)</p> <p>代理人の住所、氏名、申請者との続柄 岩泉町 字 番地</p>							