

福祉医療費受給者証交付申請書（兼）受給資格者台帳（こども）

受給者 資格者 (こども)	氏名	ふりがな					個人番号														
	生年月日						受給資格者番号	県費	—												
							市費	—													
こどもの生計維持者	氏名					続柄		住所													
加入医療保険	被保険者名(受給者)						続柄		住所												
	保険種別	1 協会	被保険者証別	退職 日雇特別	家族	保険者名															
		2 組合				番号															
		3 船員				記号番号															
	4 共済																				
5 国保																					
保険	保険者所在地																				
指定支払金融機関	金融機関名				店番		口座番号				口座名義(カナ表記)										
	銀行・農協 信用金庫																				
	支店				普通・当座																
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。																					
年 月 日																					
申請者 住所 氏名 電話 (— —)																					
可児市長 様																					
附加給付	無 有	保険給付率	入院	割		外来	割														
受給者証の状況	県費(出生から就学前まで)							市費(就学後から義務教育修了まで)													
	交 付	・ ・							交 付	・ ・											
	有効期間	・ ・ から							有効期間	・ ・ から											
		・ ・ まで								・ ・ まで											
	再 交 付	・ ・							交 付	・ ・											
消滅(回収)	・ ・							有効期間	・ ・ から												
転 入 日	・ ・								・ ・ まで												
備考								再 交 付	・ ・												
								消滅(回収)	・ ・												

注) 太枠内は、市記入欄