

母子家庭等医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

碧南市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

委任状 兼 同意書

碧南市福祉医療費の資格認定及び支給のために必要があるときは、本人と関係者の課税等の状況に関する資料、保険の加入状況、高額療養費申請状況について確認することに同意します。
また、医療費の自己負担金額(碧南市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限、高額療養費支給の調査及び申請手続、世帯員の課税証明書、戸籍の交付の権限を碧南市へ委任します。
次のとおり母子家庭等医療費受給者証の交付を申請します。
なお、申請にあたり、所得及び家族状況について市が調査及び確認することに同意します。

区 分		母 ・ 父		児 童					
受給者番号									
宛 名 番 号									
フリガナ									
氏 名									
生 年 月 日									
性 別									
住 所									
母子・父子家庭 となった理由							認 定 日		
加 入 保 険 状 況	被 保 険 者	住 所	愛知県碧南市						
		氏 名							
	記 号 番 号		-						
	保 険 者	番 号					保険種別		
		名 称							
		所在地							
備 考								受付者	