

後期高齢者福祉医療費受給者証等交付・更新申請書

年 月 日

碧南市長 様

住所

申請者 氏名

電話

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付を申請します。

受給者番号		宛名番号			
受給資格者	住 所	愛知県碧南市			
	フリガナ	性別		生年月日	
	氏 名				
	被保険者番号	保険者の名称		後期高齢者医療広域連合	
認定区分	区 分	手 帳 番 号 等			
	1 身体・知的障害	身体障害者手帳（１・２・３・４・５・６）級 手帳番号 第 号 交付年月日 . . 療育手帳（Ａ・Ｂ） 手帳番号 第 号 交付年月日 . . 次期判定日 . .			
	2 精神障害（全疾病）	精神障害者手帳（１・２）級 手帳番号 号 交付年月日 年 月 日 有効期間（ . . ～ . . ）			
	3 精神障害（通院）	自立支援医療受給者証 （受給者番号 ） 交付年月日 年 月 日 有効期間（ . . ～ . . ）			
	4 精神障害（入院）	医療機関名（ ） 入院開始日 年 月 日			
	5 母子・父子家庭				
	6 戦傷病者手帳所持				
	7 精神措置入院				
8 結核勧告入院					
委任状 兼 同意書					
私は、後期高齢者医療高額療養費及び高額介護合算療養費の調査及び受領に関する権限を碧南市に委任します。また、私に保険者から直接高額療養費又は高額介護合算療養費が支払われた場合、碧南市に当該金額を返納すること、並びに受給資格の決定のために必要があるときは、私及び世帯員の所得状況及びすべての戸籍について、確認事務を行うことに同意します。また、親族から扶養されているかの調査に同意します。					
受給者氏名 _____					
備考	取得年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	受付