様式第１号

|  |
| --- |
| 後期高齢者福祉医療費受給者証　交付・更新　申請書　　　年　　　月　　　日蟹　江　町　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　申請者（受給資格者）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付をしてください。　なお、本受給者証で医療を受けた場合の医療費が、高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、本人に代わり蟹江町が保険者から受領することに同意します。 |
| 受給資格者 | 住　　所 |  | 世帯主との続柄 |  |
|  | 男女 | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
|  | 男女 | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 保険の加入状況 | 被保険者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 被保険者証 | 記　号　　　　　　　　　　　　番号 |
| 保険者の名　　称 |  | 付 加給　付 | 有　・　無 |
| 保険者の所 在 地 |  |
| 認定区分 | 区　　　分 | 手帳番号等 | 区　　　分 | 手帳番号等 |
| １　身体･知的障害２　母子･父子家庭３　戦傷病者手帳所持４　精神措置入院 |  | ５　結核勧告入院６　寝たきり･認知症７　精神障害 |  |
| 備考 |  |