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 |  | | | | | | | | | | |