

様式第1号(第5条関係)

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先)愛西市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話 ( ) —

下記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						
受給者	住 所					
	フリガナ名氏			生年月日 年 月 日		
				世帯主との続柄		
世帯主	フリガナ名氏			生年月日 年 月 日		
加入医療保険	被保険者名(世帯主)		記号・番号			
	保険種別					
	保 險 者	名 称				
		所 在 地				
資格取得年月日		年 月 日	附加給付の有無		有 無	
認定区分	1 身体・知的障害	6 寝たきり・認知症	交付事由	1 手帳交付 2 転 入 3 再 判 定		
	2 母子・父子家庭	7 精神障害		4 その他( )		
	3 戦傷病者手帳所持者	8 自立支援	(交付事由発生年月日 年 月 日)			
	4 精神措置入院	9 精神入院				
	5 結核勧告入院					
手帳等	記 号 番 号					
	交 付 年 月 日	年 月 日	再 判 定 日	年 月 日		
備考						