

第1号様式（第5条、第6条関係）

後期高齢者福祉医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

大府市長 殿

住 所
申請者
氏 名

次のとおり申請します。

		受給者番号					
受給資格者	住 所					世帯主との続柄	
	フリガナ氏名				生年月日		
	個人番号						
フリガナ世帯主氏名				生年月日			
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					附加給付	有・無
	保険者の所在地						
認定区分	区分（県負担分）		区分（市負担分）			手帳情報等	
	1 身体障がい ※ 2 知的障がい ※ 3 自閉症 4 母子・父子家庭 5 戦傷病者 6 精神措置入院（法第29条） 7 結核患者勧告入院 8 寝たきり高齢者 9 認知症高齢者 10 精神手帳（自立支援有） ※ 11 精神手帳のみ ※		12 自立支援のみ 13 ひとり暮らし高齢者 99 その他				
備考	私が後期高齢者福祉医療費給付金を受けた分にかかる高額療養費の支給が愛知県後期高齢者医療広域連合からなされた場合、私は、貴市に私の高額療養費を受領する権限を委任します。 <p style="text-align: center;">委 任 者</p>						

※印の認定区分の場合、記入して下さい

(認定区分が4、5、8、9又は13である場合に記入)

大府市長 殿

同 意 書

後期高齢者福祉医療費受給者証の交付の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	住 所
同 意 者				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
				<input type="checkbox"/> 申請者と同居

※同意する者が自ら署名を行うこと。

※代理人が同意書に署名する場合、本人の委任状をとること。

※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載すること。