

第1号様式(第5条関係)

※受給者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書									
清須市長 様							年 月 日		
申請者					住所				
					氏名		⑩		
					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。									
受給資格者	住所				世帯主との続柄				
	ふりがな		氏名		男女	生年月日	年 月 日		
	個人番号								
世帯員 ※1		氏名		生年月日		個人番号			
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・知的障害等 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 ひとり暮らし 7 寝たきり・認知症 8 精神障害				
備考									

※については記入の必要はありません

※1 認定区分2 (母子・父子家庭) 7 (寝たきり・認知症)の場合は世帯員の氏名、生年月日、個人番号を記載してください。