

第1号様式（第4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

年 月 日

清須市長 様

住 所
申請者

氏 名
(自署の場合、押印不要)
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。
なお、受給資格認定のため、私及び私の世帯員に係る関係公簿を閲覧することに同意します。

受給資格者	住 所											世帯主との続柄		
	ふりがな氏名											生年月日	年 月 日	
	個人番号※1													
世帯員※2	氏名	生年月日		個人番号										
加入医療保険	被保険者	住 所												
		氏 名												
	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		手帳番号等		区 分		手帳番号等							
	1	身体・知的障害等			5	結核勧告入院								
	2	母子・父子家庭			6	ひとり暮らし								
	3	戦傷病者手帳所持			7	寝たきり・認知症								
	4	精神措置入院			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6（ひとり暮らし）・7（寝たきり・認知症）の場合のみ個人番号を記載してください。
※2 認定区分7（寝たきり・認知症）の場合は世帯員の氏名、生年月日、個人番号を備考に記載してください。