

受給者番号

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書

R 年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所 長久手市

氏名

電話

次のとおり受給者証の交付をしてください。

また、高額療養費の受領についての権限は長久手市長に委任することに同意します。

受給資格者	住所	愛知県長久手市				申請者との続柄	
	フリガナ		生年月日				
	氏名		電話番号	() -			
	個人番号						
保険加入状況	被保険者番号						
	保険者名称	愛知県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39232384		
受給資格確認	区分			手帳番号等			
	1 身体・知的障害等 1級・2級・3級 4級(進行性筋萎縮症) 4級(腎臓機能障害) (人工透析 有・無) 療育手帳 A・B 自閉症状群			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 1級・2級		交付年月日 年 月 日 愛知県尾 第 号 精神手帳有効期間 年 月 日～ 年 月 日	
備考	後期高齢者福祉医療証該当						
	【開始日】 R 年 月 日から			【至日】 R 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 手帳取得日	<input type="checkbox"/> R 6年7月31日					
	<input type="checkbox"/> 転入日	<input type="checkbox"/> 精神手帳期限					
	<input type="checkbox"/> 申請月の初日						
	<input type="checkbox"/> 手帳更新日						
	<input type="checkbox"/> 後期加入日						

受付		受付内容確認		入力確認	
----	--	--------	--	------	--

<p>【本人確認】 運転免許証・パスポート・障害者手帳・個人番号カード その他 ()</p> <p>【マイナンバー】 番号確認 記入 (申請者 ・ 職員) →申請者了承確認 <input type="checkbox"/></p>
--