

年 月 日

岩泉町長

様

申請者 住 所 岩泉町 字 番地

氏 名 ⑩

(電話番号)

医療費受給者証交付（更新）申請書

次のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

対象となる事業	子ども・妊産婦・重度心身障がい者 ひとり親家庭・寡婦		該当要件	
受給者	(フリガナ)氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
	住 所	岩泉町 字 番地		
保護者	(フリガナ)氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
	住 所	岩泉町 字 番地		
	受給者との続柄	同居・別居の別	同居・別居	生計関係 生計同一・生計維持
加入医療保険等	被保険者氏名	受給者との続柄		
	医療保険の種別	記号・番号		
	保 険 者 名	所 在 地		
	資格取得年月日	年 月 日	附加給付の有無	
振込先	口座名義人	金 融 機 関	銀 行 店	
	口座番号	預 金 種 別	普通・当座	
<p>この申請書に記載した事項について、住民基本台帳、課税台帳等の公簿により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 岩泉町 字 番地 氏 名 ⑩</p>				
<p>委任状（申請者以外の口座を指定する場合、記入してください。）</p> <p>私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。</p> <p>_____医療費の受領に関すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者の住所、氏名 岩泉町 字 番地 ⑩</p> <p>代理人の住所、氏名、申請者との続柄 岩泉町 字 番地 _____</p>				