

受 付	年 月 日
区 分	子 ひ 重
受給者番号	
受給資格者証発行	年 月 日

三木町医療費受給資格者証 交付申請書

年 月 日

(宛先) 三木町長

住所

申請者

氏名

電話番号 ()

医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請に当たり公簿等により私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。

受給資格者	フリガナ氏名	個人番号:	男・女	年 月 日生	
	住所	(電話)			
対象者	フリガナ氏名	個人番号:	男・女	年 月 日生	
	住所				
	受給資格者との続柄		障害者手帳の有無	1 あり 2 なし	
振込先	振込金融機関・支店名		種別	口座番号	口座名義人(カナ)
加入保険	保険者番号	記号	番号	付加給付	
				有・無	

※対象者が障害者手帳の交付を受けているときは障害者手帳を提示すること。

※ひとり親家庭等に該当する場合は、ひとり親家庭等であることがわかる書類を添付すること。

※振込先のわかる金融機関の通帳またはキャッシュカードの写しを添付すること。