

受 給 者 番 号	
-----------	--

後期高齢者福祉医療費受給者証交付・更新申請書				
				年 月 日
豊 明 市 長 殿				
〈申請者〉 住 所				
氏 名 電話				
次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付・更新を申請します。高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集、利用及び提供(※)に同意します。また、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、豊明市が受給権を取得することに同意します。				
記				
受 給 者	個 人 番 号			
	フ リ ガ ナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
加入 医療 保険	保 険 の 種 類		記 号	
	被 保 険 者 (保険に入っている人の氏名)		番 号	
保 険 者	名 称			
認 定 区 分	区 分	区 分	手 帳 情 報 等	
	- 身体障害 - 知的障害 - 自閉症状群 - 母子・父子家庭 - 戦傷病者 - 精神措置入院(第29条) - 結核患者勧告入院 - 寝たきり高齢者 - 認知症高齢者 - 精神手帳1・2級 - 精神手帳3級	- 自立支援(通院のみ) - ひとり暮らし高齢者 - その他		
備 考				

※ 当該個人情報が、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第9条第2項及び豊明市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例(平成27年豊明市条例第26号)第4条第1項の規定に基づく利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。