## 医療福祉費受給者証交付申請書 (妊産婦受付用)

		の区分				年 度																		
Ž	至給 者	音番号	受 給 者				氏 名			生 年 月 日			個 人 番 号				電話(連絡先)							
									年 月 日生															
住所									医療福祉費の助成				該 当 ・ 非 該 当											
宛名番				父,昏	母又は配偶	者の氏名	者の氏名				父,母又は配偶者の住所		で住所											
番号			扶養義務者の			の氏名	氏名		,		扶養義務者の住所													
保		記	<u>.</u> 7					番号						保険				険者番号						
険		宛 名	3 番	号			名	受給	者との続柄		/II IIA &	15 VT												
証										保険の種類														
	格得日			理由					資 格 喪失日				理由					届出日						
	有	前 効 期	限		自		至	至		母子家庭の母子又は 父子家庭の父子の該当理由					身	番	号							
資	年	証書番号	y							1 死別 離婚 その他(			)		身体障害者手帳	交付	十年月日							
		支給開始 年月日				拱 	支給開始				2 障害					音手:	等	級						
格	金	等級				当					3 高等学校等在学					帳		障害名						
				宛名番号			氏	名		個人都	番号	総所得		控除額		差引所得		扶養	老扶	特扶	申告	非課		
	受	給 者																						
所	父, 長	は配偶者																						
得	扶養義務者																							
上記	上記のとおり、関係書類を添えて医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請し								ます。		母子手帕	長交付日	年	: F		日	出産	予定日		年	月	日		

年 月 日

申請者 住所

氏名

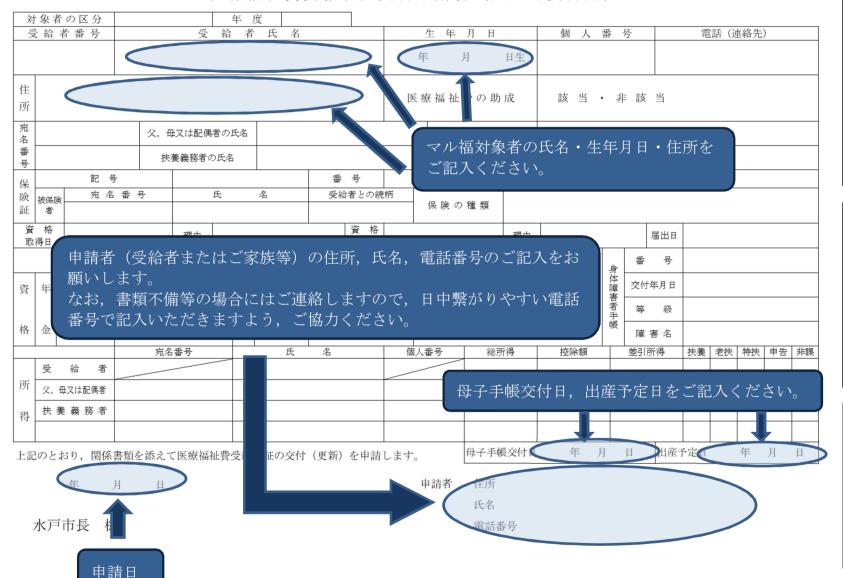
水戸市長 様

電話番号

## 記入にあたっての注意

様式第1号(第3条関係)

## 医療福祉費受給者証交付申請書(妊產婦受付用)



- ・記入内容や添付書類に不備 がある場合,受給者証の交 付が遅れます。提出前に、再 度ご確認ください。

## 【必要書類】

- •申請書
- ・対象者の健康保険証 写し
- ・母子健康手帳 表紙の写し
- ・所得確認書類(必要な場合のみ)

【問合せ・郵送先】

水戸市役所

国保年金課 医療給付係

【住所】〒310-8610

水戸市中央 1-4-1

【電話】029-232-9166 (直通)