

福祉医療費受給者証 交付(更新)申請書

高森町長 熊谷 元尋 様

※太枠の中についてご記入ください。

資 格	1 乳幼児・児童		2 障がい者等		3 母子家庭等		4 父子家庭		5 老人	
受給対象者	氏 名		生 年 月 日		性別	対 象 資 格 有 効 期 間				
	(フリガナ)		T S H 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
	(フリガナ)		T S H 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
	(フリガナ)		T S H 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
住 所	〒 ー (施設入所の場合は、施設名まで記入のこと)				世帯主					
					電話番号					
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名									
	被 保 険 者 氏 名				保 険 者 番 号					
	記 号・番 号 (被 保 険 者 番 号)				資 格 取 得 年 月 日	S・H 年 月 日				
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名				種 別	普 通 ・ 当 座				
	☐ 八十二銀行 支店				口 座 番 号					
	☐ 飯田信用金庫 支店									
	☐ みなみ信州農協 支所				口 座 名 義 人	(フリガナ)				
☐ 支店・支所										
受給者証の発行及び更新に伴う資格審査にあたり、下記に示す私の個人情報の閲覧について同意します。 ・所得や課税に関する情報 ・世帯の状況に関する情報 ・加入している医療保険に関する情報 ・障害等級など障がいの程度に関する情報、障害福祉サービス等の利用に関する情報 また、対象資格が無くなるまで資格審査の際に上記の個人情報を閲覧すること、給付額算定にあたっては医療機関等から診療報酬明細書等の写しを提供してもらうことに同意します。										
申請日 平成 年 月 日 申請者住所 申請者(保護者)氏名										

＜役場処理欄＞

該 当 事 業 コ ー ド		備 考	
審 査 結 果	認 定 ・ 却 下		
デ ー タ 処 理			