

(様式第1号)

福祉医療費受給者証 交付(更新)申請書

下記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

受付

高森町長 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 障害者等	3 母子家庭等	4 父子家庭	5 老人	
受給対象者	氏名 (フリガナ)	生年月日 年 月 日	性別 男 女	対象資格期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	【個人番号】 (フリガナ)	年 月 日	男 女	年 月 日から 年 月 日まで		
	【個人番号】 (フリガナ)	年 月 日	男 女	年 月 日から 年 月 日まで		
	【個人番号】 (フリガナ)	年 月 日	男 女	年 月 日から 年 月 日まで		
	— (施設入所の場合は、施設名まで記入のこと)		世帯主			
住所				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	年 月 日		
振込先口座	金融機関名			種別	普通・当座	
	<input type="checkbox"/> 八十二長野銀行	支店	口座番号 (フリガナ)			
	<input type="checkbox"/> 飯田信用金庫	支店				
	<input type="checkbox"/> みなみ信州農協	支所	口座名義人			
	<input type="checkbox"/>	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						
・障害等級など障害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 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		