

(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

高森町長

【記入例】

福祉医療費受給者証 交付申請書

受付

※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) タカモリ タロウ 高森 太郎	T S H R 17年 4月 1日	男・女 男	年 月 日 から 年 月 日 まで
	[個人番号] ○○○○ ○○○○ ○○○○ ※分からなければ空欄でも可			
	(フリガナ)	T S H R 年 月 日	男・女 女	年 月 日 から 年 月 日 まで
	[個人番号]			
住所	〒 399 -3103 高森町下市田2183-1 (施設入所の場合は、施設名まで記入のこと)		世帯主	高森 一郎
			電話番号	35-3111
加入医療保険	保険者名	全国健康保険協会 長野支部		
	被保険者氏名	高森 太郎	保険者番号	39204037
	記号・番号 (被保険者番号)	12345678・999	資格取得 年月日	S・H・R ○○年 ○月 ○日
振込先口座	金融機関名		種別	普通 当座
	□ 八十二長野銀行 支店		口座番号	1234567
	□ 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) タカモリ タロウ 高森 太郎
□ 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 ○○年 ○月 ○日 申請者住所 高森町下市田2183-1 申請者(保護者)氏名 高森 太郎				

<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			