

受給者証交付申請書
 佐久穂町福祉医療費給付金 受給資格等変更申請書
受給者証再交付申請書

(宛先) 佐久穂町長

申請日：令和 年 月 日

申請者 氏

住所：_____

氏名：_____

受給者との続柄：本人・保護者・その他() _____

電話番号：_____

下記により福祉医療費給付金受給者証交付等の申請をします。

受給資格の所得額審査(新規・更新)は町で保管する課税台帳等により行うことに同意します。

受給者	住 所 :			
	氏 名 :			
	生年月日 :	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月
資格区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児・児童 <input type="checkbox"/> 母子家庭等(<input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 子) <input type="checkbox"/> 父子家庭(<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 子)			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 国民年金法施行令別表に該当する障害(65歳以上で障害手帳等所持)			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(<input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2)			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級)			
保険証	保険証の種類(保険者名称) :			
	被保険者 :	記号番号 :		
振込先	金融機関 :			
	支店(所)名 :	種類： <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号 :	名義人(カタカナ)		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・受給者証交付申請の場合は全項目を記入する。 ・受給資格等変更申請の場合は変更項目のみを記入する。 ・受給者証再交付申請の場合は受給者、資格区分のみを記入する。 ・添付書類(受給者交付申請、受給資格等変更申請の場合) <ul style="list-style-type: none"> ①健康保険証の写し ②支給要件に該当することを証する手帳、書類等の写し(障がい等の場合のみ) ③通帳の支店名・口座番号・名義人等がわかるページの写し 			

○以下記入不要(役場審査用)

事由発生日：令和 年 月 日	・審査日 令和 年 月 日
有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日	・審査内容 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等台帳 その他()
備考	・審査担当者 健康福祉課
	・審査結果 <input type="checkbox"/> 認定(<input type="checkbox"/> 県・ <input type="checkbox"/> 町)・ <input type="checkbox"/> 否()