

佐久穂町福祉医療費給付金

受給者証交付申請書  
 受給資格等変更申請書  
 受給者証再交付申請書

(あて先) 佐久穂町長

申請日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

入所施設等名: \_\_\_\_\_

(施設等担当者名: \_\_\_\_\_ )

電話番号: \_\_\_\_\_

- ・下記により佐久穂町福祉医療費給付金受給者証交付等の申請をします。
- ・受給資格の審査にあたり、所得課税、世帯状況、医療保険、障がい状況、障がい者自立支援法及び他制度の利用状況等の個人情報について、町が関係機関等へ調査をすることに同意します。

|      |  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 日 |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格区分 | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳( <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級)<br><input type="checkbox"/> 国民年金法施行令別表に該当する障がい<br><input type="checkbox"/> 療育手帳( <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2)<br><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)                  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 医療保険の種類(保険者名称): _____  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 被保険者:  |           |   |   |  |  |  |  |  |  | 記号番号: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先  | 金融機関: _____  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 支店(所)名:  | 支店(所)     |   |   |  | 種類: <input type="checkbox"/> 普通口座・ <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座番号:  | 名義人(カタカナ) |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他  | ・受給者証交付申請の場合は全項目を記入する。<br>・受給資格等変更申請の場合は変更項目のみを記入する。<br>・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。<br>・添付書類(受給者交付申請、受給資格等変更申請の場合)<br>①医療保険の被保険者であることを示す証明書の写し<br>②支給要件に該当すること証する手帳、書類等の写し(障害等の場合のみ)<br>③銀行の支店名・口座番号・名義人等がわかる物の写し(通帳・カード等)  |           |   |   |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2008.11

○以下記入不要(役場審査用)

|  |   |
|--|---|
| 事由発生日: _____ 年 _____ 月 _____ 日                             | ・審査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日  |
| 有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ・審査内容 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 課税台帳<br><input type="checkbox"/> 障がい者手帳等台帳 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( _____ ) |