

受付番号

御代田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

御代田町長 様

平成 年 月 日

申請者 住所 御代田町大字 番地
氏名 印
受給者と続柄 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。

受給者	住 所	御代田町大字	番地
	ふりがな		
	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日
資格 区分	乳幼児	母子家庭等(母 ・ 子)	父子家庭(父 ・ 子)
	身体障害者手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級	4級
	65歳以上国民年金法施行令別表に該当する障害	老人	
	療育手帳(A1 ・ A2 ・ B1)	精神保健福祉手帳1級	
	精神保健福祉法該当(精神保健福祉手帳2,3級 ・ 障害年金受給)		
保険証	保険証の種類(保険者名称)	国 ・ 建国 ・ 政 ・ 組 ・ 共 ・ 後	
	被保険者	記号番号	
振込先	金融機関	銀行 ・ 信金 ・ 農協	支店(所)
	口座番号	名義人	
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受給者、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) 健康保険証の写し(国民健康保険の場合は不要) 支給要件に該当することを証する手帳、書類等の写し(障害等の場合のみ) ・ 振込先は郵便局以外の金融機関とする。 		

2006.11

所得等に関する個人情報及び福祉医療費受給要件に必要な他の個人情報を町が調査することに同意します。

受給者等署名 印

以下記入不要(役場審査用)

事由発生日	平成 年 月 日	審査日	平成 年 月 日
事由	新規 ・ 出生 ・ 転入 ・ 転出 転居 ・ 保険変更 ・ 口座変更 資格変更 ・ 紛失 ・ 資格喪失 死亡 ・ その他()	審査内容	住民基本台帳 ・ 課税台帳 ・ 障害者手帳等台帳 母子台帳 ・ 外登 ・ 福祉医療受給者台帳 保険証 ・ その他()
		審査結果	認定 ・ 否()
備考	審査担当者 保健福祉課福祉係		