様式第1号

富士見町福祉医療費給付金受給者証交付申請書

　　富士見町長　　　　殿

1. 乳幼児及び児童等　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　年　　　月　　　日
2. 障害者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　富士見町　　　　　　　　番地
3. 母子家庭の母子等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（地区名　　　　　　　　）
4. 父子家庭の父子　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　―　　　　　―

　下記のとおり福祉医療費給付金受給者証の交付を受けたいので申請いたします。

　福祉医療費申請に際し、資格認定の為、私及び同居の家族の課税資料等を閲覧し、決定することについて承諾いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 氏名 | 生年月日 | 申請者との続柄 |
| 　 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 年　　月　　日 | 　 |
| 加入している健康保険 | 保険証 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 認定日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者 | 氏名 | 　 |
| 勤務先 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話 | (　　　　　)　　　　－ |
| 保険証の発行機関 | 所在地 | 　 |
| 番号・名称 | 　 | 　 |
| 口座振込依頼金融機関 |
| 金融機関名 | 支店 | 口座種別 | 口座名義人 |
| □□□□ | 八十二銀行諏訪信用金庫信州諏訪農協ゆうちょ銀行 | 　 | 普通　　当座 | フリガナ |
| 口座番号 |  |
| □ | その他の金融機関 |  |
| (　) |