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　　 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日
2. 障害者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者住所　富士見町
3. 母子家庭の母子等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名
4. 父子家庭の父子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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 | | | | | |  |
| 加入医療保険 | | | 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 | | (　　　　　　)　　　　　－ | | | | | | |
| 保険者 | | 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 | | | |  | | |
| (　) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当 | 年 　　月　 　日　　（　新規　・　転入　） |
| 障害認定区分 | 身体（　 　級）　 療育（ 　　） 　 精神（　　 級）　 障害年金（　　 級　 　号） |
| 資格認定期間 | 年　 　月　 　日～　　 年 　　月　 　日 |
| 受給者証 | 有効期間（　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日）　 発行（　　　年　　　月　　　日） |
| 負担区分 | 県単　　・　　町単 |
| 保険証確認 | マイナ保険証　　・　　資格確認書　　・　　保険証(紙) |