

## 下諏訪町福祉医療費受給者証交付申請書

(あて先) 下諏訪町長

申請日 令和 3 年 4 月 5 日

下記のとおり福祉医療給付金受給者証の交付を申請し、受給資格者認定及び支給額決定のため、私及び私の世帯構成を調査し、同意し、以後受給資格のある限り課税資料を閲覧するに同意する。

窓口に来た人 または 申請書を書いた人の住所・名前・電話番号をお書きください。受給者本人でなくても結構です。

申請者 住所 下諏訪町 1 2 3 番地 4 5

氏名 国保 太郎 (受給対象者との続柄 長男 )

電話番号 090 - 1234 - 5678

受給資格者	氏名	生年月日	個人番号	※受給者番号	※受給区分		※事由
	国保 花子	大・昭・平・令 20年 3月 28日			乳幼児等 障害 母子等	県・町	
		大・昭・平・令 年 月 日			乳幼児等 障害 母子等	県・町	
		大・昭・平・令 年 月 日			乳幼児等 障害 母子等	県・町	
		大・昭・平・令 年 月 日			乳幼児等 障害 母子等	県・町	

※印 (網掛け部分) は記入しないでください

保険加入状況	被保険者氏名	記号・番号
	保険 (該当する) をつけて	保険証のコピーを添付してあれば、この箇所の記載は不要です。

振込口座は本人のものでなくても構いません。

振込口座	口座名義人 (カナで記入)		
	八十二 銀行	本店	コクホ ハナコ
	信用金庫	支店	口座種別 口座番号
農協	支所	普通 1 2 3 4 5 6 7	
信用組合			

下諏訪町福祉医療受給対象者調書（下記は記入しないでください）

障 害 者	該当事由	手帳等取得・転入年月日（令和 年 月 日）
	身体障害者手帳	種 級 第 号
	精神保健福祉手帳	級 第 号
	療育手帳	A1・A2・B1 号
	国民年金	1級9号・10号・11号
母 子 等	該当事由	母子・父子・離婚・転入・死亡・遺棄・法令拘束・未婚の女子 生死不明・父母のいない児童・寡婦
備 考		

該当事実発生日	受給資格該当日	交付年月日	公簿確認	入力
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		