様式第１号（第２条関係）

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　○　年　○　月　○　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
資格者認定及び支給額決定のため、私及び私の世帯構
同意し、以後受給資格のある限り課税資料を閲覧するこ

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１２３番地４５

氏名　国保　太郎　（受給対象者との続柄　長男　）

電話番号　090　－　1234　－　5678

	氏名	生年月日	個人番号	※受給者番号	※受給区分		※事由
受給資格者	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		

保険情報がわかるもの（資格確認書、資格情報のお知らせ等）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] 信用金庫 農協 信用組合	下諏訪	本店 [支店] 支所	コクホ　ハナコ
				口座種別	口　座　番　号
				普通	１２３４５６７

―――― 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・生死不明 父母のいない児童
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		