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ます。

資格者認定及び支給額決定のため、私及び私の世帯構成員の課税資料を閲覧することに同意し、以後受給資格のある限り課税資料を閲覧することに異議を申しません。

申請者　住所

氏名　（受給対象者との続柄　　）

電話番号　　－　　－

	氏　名	生年月日	※受給者番号	※受給区分		※事由
受給資格者		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	
		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	
	保険者名 （該当するものに○印をつけてください）	・下諏訪町国民健康保険	・長野県後期高齢者医療	
		・全国健康保険協会 （　　）支部	・（　　）健康保険組合	
			・その他 （　　）	

	金融機関名		口座名義人（カナで記入）	
振込口座	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 支所		
			口座種別	口座番号

―――― 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		