

生坂村福祉医療費給付金

- 受給者証交付申請書
- 受給資格等変更・喪失届書
- 受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

生坂村長

申請者 住所 生坂村
(本人又は保護者、親族)

氏名 _____ (印)

電話 _____

下記のとおり生坂村福祉医療費給付金に係る申請(届出)をします。

同意書

福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私及び私の世帯の村県民税・所得税等課税資料、福祉医療実施に必要な個人情報を閲覧、調査することに同意します。また、受給資格者は下記口座へ振り込むことを承諾します。

氏名 _____ (印)

受給資格者 ※1	ふりがな				理由	<input type="checkbox"/> 乳幼児・小・中高(18歳未満)	<input type="checkbox"/> 住所地特例
	氏名					<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 更新
	生年月日	性別	申請者との続柄			<input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 変更(住所 氏名 保険 口座 等級 資格 その他)
	明・大・昭・平 年 月 日	男・女				<input type="checkbox"/> 父子家庭	<input type="checkbox"/> 再交付(紛失 汚損 その他)
<input type="checkbox"/> 老人(68歳以上70歳未満) <input type="checkbox"/> 喪失(転出 死亡 その他)							
加入医療保険の状況 (保険証の写しを添付した場合は記入不用)							
被保険者氏名		(受給者との続柄)					
保険証の記号・番号		記号		番号			
資格取得年月日		平成・昭和 年 月 日					
保険種別		協会(社保) 国保 健保組合 共済 後期高齢 その他()					
保険者(発行機関)所在地							
保険者名称・番号		名称		番号			
振込先 ※2	金融機関名	銀行 信組 信金 農協		支店・支所名	支店 支所		
	(ひらがな) 口座名義人	普通 当座	口座番号				

添付書類等 ※1 身がい者手帳、療育手帳、自立支援医療受給者証(精神2級の方のみ)の写し、または、手帳を窓口へ提示してください。(該当者のみ)

※2 振込先は新規・変更の方は必ず記入してください。振込先の変更がない場合は記入不要。

(村記入欄)

受給者番号		事業番号		有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
障がい・療育手帳等	番号	第 号	障がい・療育手帳等確認印		所得等確認印
	等級	種 級	自立支援医療 指定医療機関名		
<input type="checkbox"/> 県単 <input type="checkbox"/> 村単 <input type="checkbox"/> 却下			<input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 交付(郵送 窓口)		備考