

様式第1号 (第2条関係)

佐久市福祉医療費給付金受給者証交付申請書

(申請先) 佐久市長

※太枠内をご記入ください

フリガナ				生年月日	年 月 日			
受給者氏名				個人番号				
医療 保険	種 類	1 市国保 2 国保組合 3 協会健保 4 組合健保 5 共済組合 6 後期高齢者		記号	番号			
		保険の 名称						
※ 佐久市国保、後期高齢者 以外の保険の方は裏面にコピー添付 (付加給付等の確認のため)								
振 込 先	金融機関名		支店等名		種 目	口座番号		
	銀行・金庫 組合・農協		支 店 支 所 出張所		1 普通預金 2 当座預金 3 その他			
	フリガナ			※送付先 住所登録地以外 (今回のみ・継 続)				
口座名義人								
【確認事項】 ・福祉医療費給付金の受給資格の承認・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、佐久市が世帯状況、課税資料等の確認を行うこと及び福祉医療給付金に係る診療報酬明細書等の写しを使用すること。 年 月 日 (申請者) 住 所 佐久市..... 氏 名 受給者との続柄 (本人・夫・妻・父・母・子.....) 自宅電話 携帯電話				世 帯 の 状 況	氏名	個人番号	受給者との続柄	生年月日
					妊 産 婦 の み	母子保健法第15条による 妊娠の届出をした日 (母子健康手帳交付日)		年 月 日
					出 産 予 定 日		年 月 日	
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 (育成医療・更生医療・精神通院) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受診券 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害・ウィルス性肝炎医療受診券 <input type="checkbox"/> 特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 65歳以上 障害基礎年金証書							

※ 受給者証・受診券など裏面にコピー添付 (給付金額等確認のため)

※市処理欄	受給者番号			世帯番号		
	妊・児・母・父・障 (心身・65歳以上国民年金法別表該当・別表該当一般)					
審 査	妊娠・出生・転入・離婚・死別・遺棄・手帳取得・手帳更新・住所地特例 障害認定・父または母の婚姻・制度改正・生活保護廃止					
	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 児扶 (該・非) <input type="checkbox"/> 民税 (課・非) <input type="checkbox"/> 所得税 (課・非) <input type="checkbox"/> 特障手当 (該・非) <input type="checkbox"/> 身体 (1・2級 3級) <input type="checkbox"/> 療育 (A1 A2 B1) <input type="checkbox"/> 精神 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 65歳以上 (障害者年金 身体4級 下肢・音声言語) <input type="checkbox"/> 後期障害認定 (該・非) <input type="checkbox"/> 手帳有効期間 (~)					
事由発生日	年 月 日 (妊娠・出生・転入・離婚・死別・遺棄・手帳取得・手帳更新・住特.....)					
	年 月 日 (住所変更)	証 交 付	交付年月日			
	年 月 日 (保険加入)		却下通知			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
起 案	年 月 日			決 裁	年 月 日	
課 長	係 長	係	上記のとおり認定してよいでしょうか ※ 公簿等で確認			