

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

福祉医療費給付金受給者証の交付を受けたいので、次のとおり申請します。(※太枠内を記入)

受給者	住所												
	フリガナ					個人番号							
	氏名					生年月日	大正 平成	昭和 令和	年	月	日		
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	
	保険の名称					記号			番号				
振込先	金融機関名	支店等名		預金種目	口座番号		資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日					
	銀行・金庫 組合・農協	支店 支所 出張所		1 普通 2 当座			本人扶養	本人・家族 []					
	フリガナ			※送付先 住所登録地以外									
	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。 令和 年 月 日 (申請者) 住所 _____ 氏名 _____ 受給者との続柄(本人・夫・妻・父・母・子・)) 電話番号 []	世帯状況	氏名	受給者との続柄	生年月日									
				年 月 日									
		個人番号											
				年 月 日									
		個人番号											
				年 月 日									
		個人番号											
				年 月 日									
		個人番号											
				年 月 日									
妊産婦のみ	母子保健法第15条の規定による妊娠の届出をした日(母子健康手帳交付日)	令和 年 月 日											
	出産予定日	令和 年 月 日											
確認	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 65歳以上 障害基礎年金証書 <input type="checkbox"/> その他() ※給付金額等確認のため、裏面に各種手帳や受給者証等のコピーを添付してください。												
※市処理欄	受給者番号					世帯番号							
	妊・児・母(母・子)・父(父・子)・障(心身・65歳以上国民年金法別表該当・別表該当一般)												
審査	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 児扶(該・非) <input type="checkbox"/> 世帯住民税(課・非) <input type="checkbox"/> 本人所得税(課・非) <input type="checkbox"/> 特障手当(該・非) <input type="checkbox"/> 身体(1級・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(障害基礎年金1~2級・身体4級〔下肢3級の一部・音声言語〕) <input type="checkbox"/> 後期障害認定(該・非) <input type="checkbox"/> 手帳有効期間(~) <input type="checkbox"/> 妊産婦変更(無・有〔 → 〕) <input type="checkbox"/> 母子手帳交付前(初診)												
事由発生日	年 月 日 妊娠・流産・死産・出生・転入・離婚・死別・遺棄 手帳取得・手帳更新・住所地特例・後期障害認定・父または母の婚姻・制度改正・生保廃止 年齢到達(歳)・資格変更(→)・その他()												
	年 月 日(住所変更)	証交付	交付年月日	令和 年 月 日									
	年 月 日(保険加入)		却下通知										
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
起案	令和 年 月 日 決裁 令和 年 月 日												
課長等	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										