

山ノ内町福祉医療費給付金受給者証交付 (更新) 申請書兼同意書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者
住所 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____

(本年1月1日時点当町に住居登録がなかった方は記入してください)

電話 _____ 組名 _____

次のとおり福祉医療費受給者証の交付 (更新) 申請をします。

同意書

山ノ内町福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯の住民基本台帳・町県民税・所得課税状況、町税滞納状況、児童扶養手当・特別児童扶養手当・特別障害者手当等の支給状況等を山ノ内町が調査すること及び福祉医療費給付金の受給のため、レセプト内容及び保険給付状況等について、加入医療保険者へ山ノ内町が照会することに同意します。

氏名 _____ (印)

受給資格者	氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号	区分	受給者番号
		. .	男・女			児・母子・父子 障害 ()	
		. .	男・女			児・母子・父子 障害 ()	
		. .	男・女			児・母子・父子 障害 ()	
		. .	男・女			児・母子・父子 障害 ()	
		. .	男・女			児・母子・父子 障害 ()	

保険証	保険者名称			保険者番号			
	被保険者氏名		記号		番号		

振込先	金融機関名	銀行 信組	信金 農協	支店名	本店 支店	支店 支所
	フリガナ			種別	口座番号	
	口座名義人			1.普通 2.当座		

上記の申請について承認してよろしいでしょうか。

課長	係長	担当者	決裁	年 月 日	事由
			事実発生	年 月 日	出生・転入 離婚・死別 手帳交付 手帳変更 ()
			認定	年 月 日	
証明事実公簿確認者氏名		(印)	受給者証	年 月 日	