

大町市福祉医療費特別給付金受給者証交付(更新)申請書

(あて先)大町市長

資格区分	<input type="checkbox"/> 11 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 29 身体障害	<input type="checkbox"/> 41 精神手帳	<input type="checkbox"/> 41 精神通院	<input type="checkbox"/> 59 母子等	<input type="checkbox"/> 69 父子
------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

※太枠内のみ記入してください。

受給資格者	住所	大町市				
	(フリガナ)氏名	生年月日	性別	申請者との続柄	取得日 喪失日	受給者証番号
加入医療保険	保険者番号			記号		
	医療保険名			番号		
	被保険者氏名			資格取得年月日		
振込先	銀行・金庫	支店	口座番号	普・当		
	組合・()	支所	名義人(カタカナ)			
公的医療給付の有無	<input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自立支援(育成医療・更生医療・精神通院) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> その他()					
<p>上記のとおり福祉医療費特別給付金受給者証の交付を申請します。 また、本申請をもって翌年度以降の更新申請も併せて行ったものとみなしてください。 なお、受給資格及び支給額の審査において、受給資格者及び受給資格者の世帯員の市県民税・所得税等課税状況、市税等滞納の有無、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及び加入医療保険における負担区分及び療養費支給状況等を大町市が閲覧・照会することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 大町市</p> <p>氏名 印</p> <p>電話番号</p>						

《確認欄》 ※ここから下は記入しないでください。

窓口対応者		公簿等確認者			受給者証交付年月日	
					印	
種別	<input type="checkbox"/> 身障手帳()級	<input type="checkbox"/> 療育手帳()	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	交付(認定)年月日		
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 精神手帳()級	<input type="checkbox"/> 精神通院	等級変更	⇒	
	<input type="checkbox"/> 65歳以上国民年金別表該当	<input type="checkbox"/> その他()		負担区分	県単・市単	
所得等	特障手当	本人	該・非	世帯	該・非	備考
	住民税	本人	課・非	世帯	課・非	
	所得税	本人	課・非	世帯	課・非	
	市税等滞納	本人	有・無	世帯	有・無	