

(様式第1号の1) (第2条関係)

乳幼児・児童 福祉医療費給付金受給資格者証交付申請書

新規受給者 (乳幼児・児童)	ふりがな	生年月日	電話番号
	氏名		
		年月日	主たる扶養義務者
		年月日	主たる扶養義務者の勤務先
		年月日	
		年月日	
新規受給者以外で小学生までの乳幼児・児童		年月日	

加入医療保険	被保険者氏名					
	保険種別	国・組・共・協会	記号		番号	
	保険者番号及び名称 (いずれかに○印)	① 00200477 箕輪町国民健康保険 ② 01200013 全国健康保険協会長野支部 ③ その他 (保険者番号 名称)				

給付金振込先	金融機関名		本・支店名	
	口座番号	フリガナ		
		口座名義		

箕輪町長 白鳥政徳

上記のとおり福祉医療費給付金受給資格者証の交付を申請します。
なお、本申請にあたり私及び私の世帯の課税台帳の閲覧及び照会に同意します。

年 月 日

[申請者]

住所										
氏名	印									
個人番号										
電話番号										

町処理欄

資格取得年月日	年 月 日	受給資格	該当 (県補助・町単独) ・非該当
---------	-------	------	-------------------

課長	係長	係	員	起案者

伺	年 月 日
発行	年 月 日