

(様式第1号の2) (第2条関係)

障がい者

福祉医療費給付金受給資格者証交付申請書

母子・父子

受給者	ふりがな	生年月日		勤務先	
	氏名	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

受給者区分	1 身体障がい者手帳所持者	2 65歳以上障がい者	
	3 療育手帳所持者	4 精神障がい者保健福祉手帳所持者	
	5 障がい年金受給者	6 母子家庭	7 父子家庭

加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	
	保険種別	国・組・共・協会・後期高齢	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 39203831長野県後期高齢者医療広域連合 ③ 001200013 全国健康保険協会長野支部 ④ 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	係長	員	起案者

伺	年 月 日
発行	年 月 日