

箕輪町福祉医療費受給資格認定申請書

年 月 日

(宛先) 箕輪町長

申請者 住 所 _____
署 名 _____
電 話 _____
個人番号 _____ - _____

箕輪町福祉医療費給付金規則第2条の規定により受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、次の受給資格者に係る住民税課税台帳及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が取得・閲覧することに同意します。

世帯主氏名																	
受給資格者氏名		生年月日		続柄		個人番号 受給者番号											
		年月日															
		年月日															
		年月日															
		年月日															
資格区分	1 妊産婦			4 身体障害者手帳1・2・3級													
	2 子ども			5 療育手帳 A1・A2・B1・B2													
	3 ひとり親家庭の親子等			6 精神障害者保健福祉手帳1・2級													
				7 障害年金													
				8 65歳以上障がい者													
	上記事実の発生年月日			年月日													
	出産予定日			年月日													
	健康保険加入状況			□被保険者であることを示す証明書等による													
振込先 金融機関	金融機関名		本・支店名		種類												
					普通 当座 ()												
	口座番号		ふりがな														
			口座名義人														
同意書欄																	
氏名		続柄	生年月日		個人番号												
			年月日														
			年月日														
			年月日														