

福祉医療 新規

様式第1号(第3条、第7条、第8条関係)

受給資格者証交付申請書
 長野市福祉医療費給付金 受給資格者等変更届書
 受給資格者証再交付申請書

| | | | |
|------|--|--|--|
| 処理番号 | | | |
| | | | |
| | | | |

【確認】

長野市長宛

※太枠内と申請者欄をご記入ください。

年 月 日 申請

マイナンバーカード

| | | | | | | | |
|------|------|-------|-------|---------------------------|------|------|---------|
| 資格区分 | 乳幼児等 | 心身障害児 | 心身障害者 | 65歳以上重度障害者(後期高齢者医療加入/非加入) | 母子家庭 | 父子家庭 | 父母のない児童 |
|------|------|-------|-------|---------------------------|------|------|---------|

<受給者(保護者)>
 対象者が20歳未満の場合は
 保護者氏名、20歳以上の場合は
 対象者本人

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 得 | <input type="checkbox"/> 65歳以上手帳交付 (後期高齢者医療加入確認 <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 変更 (下記変更年月日 . . .) | <input type="checkbox"/> 喪失 (下記喪失年月日 |
| 保廃止 | <input type="checkbox"/> 追加 (対象者増加) | <input type="checkbox"/> 住所・氏名変更 <input type="checkbox"/> 障害程度変更 <input type="checkbox"/> 連絡先変更 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 婚姻 |
| | | <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 喪失取消(延長) <input type="checkbox"/> 受給者変更 | <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 資格変更(|
| | | <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他 (|

<振込先口座>
 受給者(保護者)名義の口座

| | |
|-----------|---------------|
| 〒 | 長野市 |
| フリガナ | ナガノ タロウ |
| 氏名 | 長野 太郎 |
| 連絡先(電話番号) | 090-1234-5678 |

※受給者(保護者)名義の口座をご記入ください。(口座番号は左づめでご記入ください)

| | | | | | | |
|-------|-------------|---------|------|----|------|---------------|
| 振込先口座 | 名称 | 信濃 信濃 | 預金種別 | 普通 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | 口座名義人(フリガナ) | ナガノ タロウ | | 支店 | | |

<加入者保険>
 対象者の加入している健康保険(保険証)の内容

| | |
|--------------------|------------|
| 受給者番号(左づめでご記入ください) | 資格取得年月日 |
| 氏名 | 生年月日 |
| フリガナ | |
| 氏名 | 長野 りんご |
| フリガナ | ナガノ リンゴ |
| 資格取得年月日 | R3年 7月 16日 |

* 氏名、住所は被保険者の情報
 ・社会保険:被保険者、組合員 等
 ・国民健康保険:世帯主
 ・後期高齢者医療保険:本人

| | | |
|--------|-----------------|---------|
| 加入医療保険 | 記号 | 番号 |
| 被保険者 | フリガナ | ナガノ タロウ |
| | 氏名 | 長野 太郎 |
| | 住所 | 同左 |
| 保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 保険者名称 | 〇〇健康保険組合 | |

私は、福祉医療費給付金の受給資格の承認・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、長野市が世帯状況・税務資料等の確認を行うこと及び福祉医療費給付金に係る診療報酬明細書の写しを使用することにご同意します。

| | | | | |
|--------------|--------|-------------------------|----|----|
| 世帯所得人/課税対象氏名 | 氏名 | マイナンバー | 所得 | 住民 |
| | 長野 太郎 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | |
| | 長野 花子 | | | |
| | 長野 一郎 | | | |
| | 長野 りんご | | | |

<世帯員氏名>
 住民票上の同一世帯員全員の氏名
 * マイナンバーが必要な方
 乳幼児等資格...健康保険の被保険者のみ
 上記以外の資格...18歳以上の方

<対象者>
 福祉医療の対象者(乳幼児、障害者本人、母子家庭の母子等)

| | | |
|---------|------------|------------|
| 発生事由 | 発生年月日 | (左記の状況)別居日 |
| 母子家庭 | 死亡 重度障害者扶養 | |
| 父子家庭 | 離婚 拘禁 | 保険加入日 |
| | 生死不明 未婚の女子 | |
| 級 | 遺棄 長期入院 | 児扶手 |
| | その他 () | |
| 父母のない児童 | 発生年月日 | 同番地 |

上記のとおり相違ありません。

申請者 住所 長野市 大字鶴賀緑町1613番地

| | | | |
|----|-------|---------|-----|
| 氏名 | 長野 花子 | 受給者との続柄 | (妻) |
|----|-------|---------|-----|

| |
|----|
| 備考 |
|----|

<申請者>
 窓口に来た方の氏名