

南牧村福祉医療申請書

(資格認定・内容変更・受給者証交付)

年 月 日

南牧村長 宛

住所：南牧村大字

申請者 氏名： (印)

電話：

受給対象者	資格区分	・子ども ・障がい者 ・母子家庭等 ・父子家庭 ・寡婦 ・妊産婦（母子健康手帳交付日 年 月 日） （出産予定日 年 月 日）			
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日		
	医療保険	種類	1 南牧村国保 2 国保組合 3 協会健保 4 組合健保 5 共済組合 6 後期高齢者		
	保険	保険の名称	保険者番号		
	記号・番号	.			

振込先	金融機関名		支店等名		預金種別
	銀行・農協 組合・金庫		支店 支所		普通 ・ 当座 その他
	口座番号		フリガナ 口座名義人		

私は、福祉医療費給付金の受給資格の承認・更新・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、南牧村が世帯状況・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等の写しを使用することに同意します。

申請者氏名： (印)

※ 村 処理 欄	受給者番号	世帯番号			
	児・母・父・寡・妊・障（身体 級・精神 級・療育 ）				県単・村単
審査	出生・転入・離婚・死別・妊娠・手帳取得・手帳更新・住所地特例 障害認定・父または母の婚姻・制度改正・生活保護廃止・その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 児扶（該・非） <input type="checkbox"/> 特障手当（該・非） <input type="checkbox"/> 65歳以上（障害者年金 障害名・ ）				起案 決裁 年 月 日
決裁欄	村長	副村長	課長	課長補佐	係長
					担当者
					上記のとおり認定してもよろしいでしょうか。