

- 福祉医療費受給者証交付申請書
- 福祉医療費に関する変更届出書
- 福祉医療費受給者証再交付申請書

(申請先) 南牧村長

年 月 日

申請者	住所	南牧村大字														
	氏名		電話番号 (携帯電話)	-	-											
資格区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児及び児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭の母子等 <input type="checkbox"/> 父子家庭の父子 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> 妊産婦 (母子健康手帳交付日: 年 月 日) (出産予定日: 年 月 日)															
	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 資格変更 → <input type="checkbox"/> 手帳取得(身・療・精) _____ 級 <input type="checkbox"/> 手帳更新(身・療・精) _____ 級 <input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・汚損)															
受給資格者	ふりがな 氏名	申請者との続柄	生年月日	住所 (申請者と同じ場合は記入不要)												
	_____		年 月 日	南牧村大字												
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 南牧村国民健康保険 【記号: 番号: 枝番: 】 <input type="checkbox"/> 長野県後期高齢者医療保険 【被保険者番号: 】 上記以外の医療保険の場合															
	<input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支所													
			保険の名称													
			保険者番号													
			記号													
		番号・(枝番) ・ ()														
振込指定口座																
	普通口座番号															口座名義人 カナのみ
<p>上記のとおり、南牧村福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 受給資格審査等のために、南牧村の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること及び福祉医療給付金に係る診療報酬明細書等の写しを使用すること。 本人が南牧村国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <p><input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合</p> <p>私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。</p>																

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ・ 7月末 ・ 10月末 ・ 年度更新
審査	乳幼児及び児童・寡婦・妊産婦	<input type="checkbox"/> 住基	
	障がい者	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 特障手当(該・非) <input type="checkbox"/> 65歳以上(障害者年金 障害名・)	
	母子等・父子	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 児扶(該・非)	

伺い) 上記のとおり認定してもよろしいでしょうか。

決裁欄	村長	副村長	課長	課長補佐	係長	担当者	起案日
							年 月 日
							決裁日
							年 月 日
発行日	年 月 日			受給者番号(現物/現物以外)			/
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送						