

様式第1号(第2条、第8条、第9条関係)

松本市福祉医療費給付金  受給者証交付申請書  
 受給資格等変更届書  
 受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)松本市長 申請者 千 一  
 (本人又は法定代理人) 住所

氏名 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

次のとおり松本市福祉医療費給付金に係る申請(届出)をします。

同意書

松本市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯状況及び私の世帯の市県民税・所得税課税状況、市税滞納状況、児童扶養手当・特別児童扶養手当・特別障害者手当等の支給状況等を松本市が調査すること及び医療費が高額になった場合、高額療養費の適否について、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

受給資格者	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再交付
	氏名	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 更新(18歳)
		No.		<input type="checkbox"/> 母子等	<input type="checkbox"/> 住特	<input type="checkbox"/> 喪失
				<input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 変更	(保険口座等級資格)
	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再交付
	氏名	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 更新(18歳)
		No.		<input type="checkbox"/> 母子等	<input type="checkbox"/> 住特	<input type="checkbox"/> 喪失
				<input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 変更	(保険口座等級資格)
	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再交付
	氏名	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 更新(18歳)
		No.		<input type="checkbox"/> 母子等	<input type="checkbox"/> 住特	<input type="checkbox"/> 喪失
				<input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 変更	(保険口座等級資格)
	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再交付
	氏名	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 更新(18歳)
		No.		<input type="checkbox"/> 母子等	<input type="checkbox"/> 住特	<input type="checkbox"/> 喪失
				<input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 変更	(保険口座等級資格)

加入医療保険証	記号	番号	取得日(認定日)	年 月 日
	被保険者住所		被保険者氏名	受給者との続柄( )
	保険者番号	保険者名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会(社保) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 広域連合	

口座振込依頼先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	金融機関番号	店番号
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	委任状(申請者と口座名義人が異なる場合) 福祉医療費給付金の受領を左記の口座名義人に委任します。		
	フリガナ		年 月 日		
	口座名義人		氏名		

母子・父子等	年 月 日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
障害者手帳等	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 変更	等級						
受給資格	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失( )							
受給者証	年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送							

備考