



記入例

福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

区分

子ども

15歳～18歳 入院用

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 駒ヶ根市長

(住所) 駒ヶ根市 赤須町20番1号

(電話番号) 0265-83-2111

(申請者氏名) 駒ヶ根 太郎

印

私は、駒ヶ根市福祉医療費特別給付金条例の規定に基づき、特別給付金の交付を申請します。なお、私の世帯に係る住民税課税台帳を福祉医療事務担当職員が閲覧することを承諾します。

シャチハタ以外の印鑑を押印してください。

1. 対象児童 氏名・生年月日 (今回、認定申請をするお子様について記入してください。)

Table with 6 columns: 氏名, 生年月日, 性別, 住所の状況, ※有資格期限, ※事業番号・受給者番号. Includes entry for 駒ヶ根 一郎.

2. 申請事由 (該当するものに○印をしてください。)

Form for application reason with options: 1. 出生, 2. 転入, 3. その他 (入院のため). Includes a date field for certification.

3. 加入健康保険(保険証)

Form for health insurance details including 被保険者氏名, 健康保険名, 記号, and 番号.

注:【保険者番号】は必ず記入してください。保険証のとおり記入してください。

4. 給付金の振込先

Form for payment details including 金融機関, 口座番号, and 名義人.

ゆうちょ銀行をご希望される方のみ記入してください。この欄には通帳の記号・番号を記入していただき、名義人氏名は『名義人』の欄へ記入してください。

5. 公費負担医療制

□ 該当なし  該当あり ⇒ 育成医療

○ 太線枠内にご記入ください。なお、※印の欄への記入は不要です。

Table for processing flow with columns: 処理欄, 受付, 入力, 高額区分, 所得審査, 証書交付, 決裁欄, 起案, 係長, 課長.