

福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

区 分	子 ども
-----	------

年 月 日

(あて先) 駒ヶ根市長

(住 所) 駒ヶ根市
(電話番号)
(申請者氏名)

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、受給資格の認定と受給資格者証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及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が閲覧することを承諾します。

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。)

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
	年 月 日	男・女	同居・別居	年 月 日	—
	年 月 日	男・女	同居・別居	年 月 日	—
	年 月 日	男・女	同居・別居	年 月 日	—
	年 月 日	男・女	同居・別居	年 月 日	—

2. 申請事由 (該当するものに○印をしてください。)

1. 出生	2. 転入	3. その他 ()
※認定年月日		年 月 日

3. 加入健康保険(保険証)

被保険者氏名	健康保険名	記号
	【保険者番号】	番号

注:【保険者番号】は必ず記入してください。

4. 給付金の振込先

金融機関	銀行・金庫		支店	口座番号	普通・当座・貯蓄	フリガナ	名義人
	信組・農協	支所					
ゆうちょ銀行				—	—		

注:【ゆうちょ銀行】の場合は、通帳の記号・番号及び名義人氏名を記入してください。

5. 公費負担医療制度等の状況 (「該当あり」の場合は、ご利用されている制度名などを記入してください。)

<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり ⇒ .
-------------------------------	-----------------------------------

○ 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。

処理欄	受付	入力	高額区分	所得審査	証書交付	※	起案	係長	課長
			アイウエオ	良 本人 非 世帯	渡 郵				
添付書類					備考				

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

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

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、受給資格の認定と受給資格者証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及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が閲覧することを承諾します。

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. Row 1: 駒ヶ根 一郎, 令和元年5月1日, 男, 同居別居, 年月日, -.

2. 申請事由 (該当するものに〇印をしてください。)

1. 出生 (circled), 2. 転入, 3. その他 (). ※認定年月日 年 月 日

3. 加入健康保険(保険証)

被保険者氏名 駒ヶ根 太郎, 健康保険名 駒ヶ根市国民健康保険, 記号 02, 番号 1234567, 【保険者番号】 200105

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

金融機関 アルプス中央信用 銀行(金庫) 南 支店 口座番号 普通 当座・貯蓄 1234567 フリガナ 駒ヶ根 太郎 名義人 コマガネ タロウ

注: 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

〇 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 with 10 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. Includes a diagonal line and a '備考' column.