

受給資格者証交付申請書
 千曲市福祉医療費給付金 受給資格等変更届書
 受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 千曲市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

次のとおり千曲市福祉医療費給付金に係る申請 (届出) をします。

受 給 者	対象者氏名	生年月日	続柄	個人番号	受給者番号 (市記入欄)
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信金 信組・農協		保険者名称	
	支店名	1.普通 2.当座		記号	
	口座番号			番号	
	刀ガナ			被保険者氏名	
	口座名義人				
同 意 書	千曲市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯の市県民税・所得課税状況、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千曲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、加入医療保険者へ千曲市が照会することに同意します。 年 月 日 氏名 Ⓜ				
世 帯 員 氏 名 個 人 番 号	氏 名	個 人 番 号	氏 名	個 人 番 号	

市 記 入 欄	区分	1.乳幼児等	2.障害者 () (一般・後期)	3.母子家庭の母子等	4.父子家庭の父子		
	理 由	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 手帳等等級変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		決 裁	課長	係長	受付	受給者証	入力確認
			伺書No. _____ にて 決裁済み				
		処 理	<input type="checkbox"/> 交付 (窓口/郵送)・回収 <input type="checkbox"/> 負担区分 (県・市) <input type="checkbox"/> 所得確認		備 考		
証明事実公簿確認者 職・氏名 _____			Ⓜ		事実発生日 年 月 日 資格取得 (喪失) 年月日 年 月 日		