

小谷村長 殿

小谷村福祉医療費給付金受給資格者証交付 ・ 更新 申請書

		資格区分		1 高齢者		3 乳幼児等	
				2 障がい・精神		4 母子・父子	
受給資格者 住所						行政区名	
受給資格者 氏名		本人	生年 月日			年 月 日	
世帯主氏名							
加入医療 保険名称等	名称					被保険者番号	
	所在地						
	被保険者名		確認済				
	付加給付の有無		有		無		
支払希望 金融機関			口座番号 (普通口座)		口座名義人		

所得調書 (世帯構成員氏名を記入してください)

氏名	生年月日	受給者との続柄	職業	課税対象所得額 及び村民税課税状況	課税台帳及び 公簿等確認欄

上記のとおり、小谷村福祉医療受給資格者証の交付・更新申請をします。なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係書類を調査・確認することを承諾いたします。

また、本申請をもって翌年度以降の更新申請も併せて行ったものとみなしてください。

平成 年 月 日

申請者住所・氏名

住所

氏名

印

<市町村確認欄>

障害手帳 該当区分	1.身体障害者手帳	種 級	記号番号及び交付年月日
	2.療育手帳		長野県第 号
	3.精神保健福祉手帳	種 級	
	4.国民年金法		平成 年 月 日交付

母子・父子 家庭	母子・父子家庭該当理由				
	1.死亡	3.遺棄	5.廃失	7.父母なし	9.未婚の女子
	2.離婚	4.海外	6.拘禁	8.生死不明	
	児童扶養手当認定等				
	記号番号		認定日	手続き権利	

交 付	平成 年 月 日	公簿確認者の職氏名印 住民福祉課 住民係 ⑩		
受 給 者 番 号	有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
住民コー ド		受給資格判定結果		
検証番 号		受給資格	<input checked="" type="checkbox"/>	無

台帳入力	受給者証送付	不認定通知送付