

福祉医療費受給資格(認定・更新)申請書
(障害者・母子・父子・寡婦)

年 月 日

時津町長 様

申請者 住 所 時津町 郷 番地

(受給者)氏 名

生年月日 年 月 日(歳)

支給対象者との続柄 ()

TEL

次のとおり、受給資格の認定を申請します。あわせて、福祉医療費助成を受けるにあたり、下記の同意事項に同意します。

受給者番号	審査結果	認定・却下	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
支 給 対 象 者				
ふりがな	氏 名		男・女	生年月日 (年 齢)
住 所	時津町	郷	番地	年 月 日 (歳)
保険者番号	記号		番号	
保険者の名称	被保険者氏名		支給対象者との続柄	
1 全国健康保険協会()支部	健康保険組合		資格取得年月日(支給対象者の保険加入日)	
2 健康保険組合	共済組合		年 月 日	
3 共済組合	国民健康保険			
4 国民健康保険	後期高齢者医療広域連合			
5 後期高齢者医療広域連合				
福祉医療費振込先	銀行名	種 別	支 店 名	口 座
		普通・当座・貯蓄	口座番号	口 座
				(ふりがな)
				名義人 氏名
受 給 資 格 等	障 害 者		ひ と り 親	
	手帳区分	身体障害者手帳	療育手帳	児童扶養手当
	交付番号	第 号	長崎県第 号	遺族年金・その他
	等 級	級	※参考事項	
《同意事項》				
1 私は、福祉医療費助成の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯員の所得、住民税額の課税状況、住民基本台帳の記載事項及び健康保険の資格認定情報を時津町長が確認することに同意します。				
2 私は、福祉医療費助成の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を時津町長が保険者へ確認することに同意します。				
※申請者(受給者)と健康保険の被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)が異なる場合は、以下の欄を記入してください。				
健康保険の被保険者又は世帯主(委任者)			氏名	

※申請書受付時のチェック

受付印

保険証コピー

振込先の記入

障害者手帳コピー(障害者のみ) 所得・課税証明書(転入者のみ)

