

筑北村福祉医療費給付金受給資格者証交付(更新)申請書

下記により筑北村福祉医療受給資格者証の交付を受けたいので、申請します。
なお、本申請にあたり、私及び私の世帯の課税台帳の閲覧および照会に同意します。

(申請先) 筑北村長 令和 年 月 日

申請者	住所			電話番号		
	氏名	(受給者との続柄)				
受給者	加入医療	保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 共済組合	
			<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	支部	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	
	保険	被保険者名	(受給者と同一人の場合は記入不要)		記号	番号
	氏名		<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭			
	(申請者と同一の場合は記入不要)		生年月日		受給者番号	
T S H R		年 月 日				
氏名		<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭				
(申請者と同一の場合は記入不要)		生年月日		受給者番号		
T S H R		年 月 日				
氏名		<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭				
(申請者と同一の場合は記入不要)		生年月日		受給者番号		
T S H R		年 月 日				
【振込先】 ※変更がある場合	銀行名			支店 支所	種別	普通・当座
	口座番号			口座名義		
【障がい者】 受給資格等	手帳区分	身体障害者手帳	精神障害者手帳	療育手帳	自立支援医療	
	有効期限					
	等級	級	級	A / B		

(添付書類) 障害者手帳等写し (障がい者の方)

担当者処理欄



受付 出生 新規取得
 転入 更新

課長	確認	入力	交付日	処理日