

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

年 月 日

(宛先)松本市長

申請者 千 一
 (本人又は法定代理人) 住所

氏名 _____
 電話 () _____

次のとおり松本市福祉医療費給付金に係る申請(届出)をします。

同意書

松本市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯状況及び私の世帯の市県民税・所得税課税状況、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、加入医療保険の資格情報を松本市が調査(マイナンバーを用いた情報連携による公簿等の閲覧等を含む。)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、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

受給資格者	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新 規 <input type="checkbox"/> 再交付(住変、紛失、破損) <input type="checkbox"/> 障 害 者 <input type="checkbox"/> 転 入 <input type="checkbox"/> 更 新(18歳) <input type="checkbox"/> 母 子 等 <input type="checkbox"/> 住 特 <input type="checkbox"/> 喪 失 <input type="checkbox"/> 父 子 <input type="checkbox"/> 変 更(保険口座等級資格)
	氏 名	T・S・H・R		
	個人番号	No.		
	ふりがな	生年月日	続柄	
氏 名	T・S・H・R		<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新 規 <input type="checkbox"/> 再交付(住変、紛失、破損) <input type="checkbox"/> 障 害 者 <input type="checkbox"/> 転 入 <input type="checkbox"/> 更 新(18歳) <input type="checkbox"/> 母 子 等 <input type="checkbox"/> 住 特 <input type="checkbox"/> 喪 失 <input type="checkbox"/> 父 子 <input type="checkbox"/> 変 更(保険口座等級資格)	
個人番号	No.			
ふりがな	生年月日	続柄		
氏 名	T・S・H・R			
個人番号	No.		<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新 規 <input type="checkbox"/> 再交付(住変、紛失、破損) <input type="checkbox"/> 障 害 者 <input type="checkbox"/> 転 入 <input type="checkbox"/> 更 新(18歳) <input type="checkbox"/> 母 子 等 <input type="checkbox"/> 住 特 <input type="checkbox"/> 喪 失 <input type="checkbox"/> 父 子 <input type="checkbox"/> 変 更(保険口座等級資格)	
ふりがな	生年月日	続柄		
氏 名	T・S・H・R			
個人番号	No.			

加入医療保険	記 号	番 号	取得日(認定日)	年 月 日
	被保険者住所	被保険者氏名		受給者との続柄 ()
	保 険 者 番 号	保 険 者 名 称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会(社保) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 広域連合	

口座振込依頼先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 金融機関番号	店番号
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	委任状(申請者と口座名義人が異なる場合) 福祉医療費給付金の受領を左記の口座名義人に委任します。	
	口座名義人(カタカナ)		年 月 日 氏名	

個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード又は個人番号通知書 <input type="checkbox"/> その他()		
確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号未記入のため申請者の承諾を得て担当者が記入		
母子・父子等	年 月 日	事実発生	事由
障害者手帳等	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 変更	等級
受給資格	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失()	
受給者証	年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
備考			