

再交付

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 〒390-8620
(本人又は法定代理人)

住所 松本市丸の内3番7号
氏名 福祉太郎
電話 123(4567)8900

記入例

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を松本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、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

① 受給資格者	ふりがな 氏名	ふくし はなこ 福祉花子	生年月日 T・S・H・R 4.5.1	続柄 子	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険口座等級資格)	<input checked="" type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 再交付
	ふりがな 氏名		生年月日 T・S・H・R . .	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険口座等級資格)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 再交付
	ふりがな 氏名		生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付	
	ふりがな 氏名		生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険口座等級資格)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 再交付

① 再交付を希望される方全員分の名前の記入と資格、再交付にをつけてください。

加入医療保険証	記号	番号	取得日(認定日)	年月日
	被保険者所住		被保険者名	受給者との続柄()
	保険者番号	保険者名	<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 checked="" 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。		
	フリガナ		年 月 日		
	口座名義人		氏名		

母子・父子等	年月日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
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									

お問合せ先

〒390-8620 松本市丸の内3番7号 松本市役所

こども部 こども福祉課【乳幼児等、母子・父子家庭等、障がい者(20歳未満)】 電話0263-33-9855 内線 2223・2224

健康福祉部 障がい福祉課【障がい者(20歳以上)】電話0263-34-3036 内線 1547・1548

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 〒390-8620
(本人又は法定代理人)

住所 松本市丸の内3番7号
氏名 福祉太郎
電話 123(4567)8900

記入例

①

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を松本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、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

② 受給資格者	ふりがな 氏名	ふくし はなこ 福祉花子	生年月日 T・S・H 4.5.1	続柄 子	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険口座等級資格) <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失
	ふりがな 氏名		生年月日 T・S・H・R . .	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険口座等級資格) <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失
	ふりがな 氏名		生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付
	ふりがな 氏名		生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付

① 新住所の記入をお願いします。

② 変更対象の方全員分の名前の記入と資格、変更をつけてください。
注)変更後の受給者証を旧住所へ送付を希望される場合はその旨をお届けの際に申し出ていただくか、備考欄にご記入ください。

加入医療保険証	記号	番号	取得日(認定日)	年月日
	被保険者所		被保険者氏名	受給者との続柄()
	保険者番号	保険者名	<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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input checked="" 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。		
	フリガナ 口座名義人		年 月 日	氏名	

母子・父子等	年月日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
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									

お問合せ先

〒390-8620 松本市丸の内3番7号 松本市役所

こども部 こども福祉課【乳幼児等、母子・父子家庭等、障がい者(20歳未満)】電話0263-33-9855 内線 2223・2224

健康福祉部 障がい福祉課【障がい者(20歳以上)】電話0263-34-3036 内線 1547・1548

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 〒390-8620
(本人又は法定代理人)

住所 松本市丸の内3番7号
氏名 福祉太郎
電話 123(4567)8900

記入例

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を松本市が調査すること及び、
[]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。

① 氏名 福祉太郎

② 受給資格者	ふりがな 福祉 はなこ	生年月日	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input checked="" type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 座等級資格
	氏名 福祉花子	T・S・H・R 4.5.1	子	No.		
	ふりがな	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 座等級資格
	氏名	T・S・H・R		No.		
③ 加入医療保険証	記号	松国	番号	1234567	取得日(認定日)	R4年 5月1日
	被保険者所住	同上			被保険者名	福祉太郎 受給者との続柄(父)
	保険番号	0020022	保険者名	松本市	<input checked="" 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	

- ① 健康保険証の被保険者の方の名前を記入してください。
- ② 変更対象の方全員分の名前を記入し、該当の資格と変更に関し変更を届出される箇所に○印をつけてください。
- ③ 変更対象の方全員分の保険証の写しを添付してください。

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。		
	フリガナ		年 月 日	氏名	

母子・父子等	年 月 日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
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									

お問合せ先

〒390-8620 松本市丸の内3番7号 松本市役所

こども部 こども福祉課【乳幼児等、母子・父子家庭等、障がい者(20歳未満)】 電話0263-33-9855 内線 2223・2224

健康福祉部 障がい福祉課【障がい者(20歳以上)】電話0263-34-3036 内線 1547・1548

口座変更

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 〒390-8620
 (本人又は法定代理人)

住所 松本市丸の内3番7号
 氏名 福祉太郎
 電話 123(4567)8900

記入例

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を松本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、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

① 受給資格者	ふりがな	ふくし はなこ	生年月日	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 等級資格
	氏名	福祉花子	T・S・H・R 4.5.1	子	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 等級資格
	ふりがな		生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 等級資格
	氏名		T・S・H・R		<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 父子	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 更新(18歳) <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 変更(保険)	<input type="checkbox"/> 等級資格

① 変更対象の方全員分の名前の記入と資格、変更にはと変更を届出される箇所に○印をつけてください。

② 変更を希望される口座情報をご記入ください。

③ 申請者と口座名義人が同一でない場合は委任状の記入が必要です。日付と申請者の方の名前をご記入ください。

加入医療保険証	記号	番号	取得日(認定日)	年 月 日
	被保険者所住		被保険者氏名	受給者との続柄()
	保険者番号	保険者名	保険者称	<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

② 口座振込依頼先	金融機関名	松本	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	市役所前	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	金融機関番号	0012	店番号	345	
	口座番号	0034203	<input checked="" 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。						
	フリガナ	フクシ ハナコ	○年 ○月 ○日							
	口座名義人	福祉花子	③ 氏名 福祉太郎							

母子・父子等	年 月 日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
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									

お問合せ先

〒390-8620 松本市丸の内3番7号 松本市役所

こども部 こども福祉課【乳幼児等、母子・父子家庭等、障がい者(20歳未満)】 電話0263-33-9855 内線 2223・2224

健康福祉部 障がい福祉課【障がい者(20歳以上)】電話0263-34-3036 内線 1547・1548