

# 塩尻市福祉医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(あて先)塩尻市長

申請者 住 所

氏 名

電 話

次のとおり福祉医療費給付金に係る申請をします。

受給資格者	対象者氏名	生年月日	続柄	個人番号 (マイナンバー)	受給者番号 (※市記入欄)	
	住 所					
振込先口座	金融機関名	銀行・信金 信組・農協		保険者名称		
	支 店 名	本店・支店 本所・支所	口座の種類 1. 普通 2. 当座	加入医療保険	保険者番号	
	口 座 番 号				記号・番号	
	フリガナ				被保険者氏名	被保険者 との続柄
	口 座 名 義 人				被保険者住所※1	
委任状	※指定口座の名義が受給資格者本人でない場合 医療費受領に関する一切の権限を、上記口座名義人に委任します。(受給資格者本人が18歳未満の場合を除く。 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。)					
同意欄	※指定口座の名義が受給資格者本人でない場合 塩尻市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、受給資格者及び同居世帯員の住民基本台帳、市民税・県民税・所得税課 税状況、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塩尻市が調査すること並びに医療費が高額になっ た場合、高額療養費の適否について、加入医療保険者へ塩尻市が照会することを受給資格が継続する限り同意します。(氏名を自署する 場合は、押印を省略することができます。)					
	年 月 日	氏 名	印			
	世帯員氏名	個人番号 (マイナンバー)	世帯員氏名	印		
	印		印			
	印		印			

※1 受給者と異なる住所の場合のみ記載してください。

※市記入欄	区分	1. 乳幼児等	2. 障がい者 ( )	(一般・後期)	3. 母子家庭の母子等	4. 父子家庭の父子	
	理由	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 本人所得税課税 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 手帳等級変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )	資格	受給者証 交付年月日	年 月 日
	処理	<input type="checkbox"/> 交付 (窓口/郵送) <input type="checkbox"/> 負担区分 (県・市) <input type="checkbox"/> 所得確認	備考		手帳の種類		
	証明事実公募確認者 職・氏名		印		手帳の 交付日	年 月 日	
					手帳の有効期間	年 月 日	
					資格取得 年月日	年 月 日	
				資格喪失 年月日	年 月 日		