

立科町福祉医療費受給資格取得申請書

受給制度区分	1. 乳幼児 (出生の日から満6歳に達する日以降最初の3月31日までの間にある乳幼児) 2. 児 童 (満6歳に達した日以降最初の4月1日から満18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある児童) 3. 妊産婦 (母子手帳交付日から出産日が属する月の翌月末日までの間にある者) 4. 障害者 ☐ 身障手帳 1・2・3 級 ☐ 療育手帳 A1・A2・B1 ☐ 65歳以上国民年金法施行令別表該当 ☐ 精神障害者 1・2・3 級 5. 母子・父子家庭											
(フリガナ) 受給者氏名					性 別	生年月日		大正 昭和 平成 令和				年 月 日
住 所	立科町大字					電話番号		— —				
振 込 先 金融機関名	金融機関名	銀行 本店 信組 支店 農協 支所			種 別		普通・その他					
	(フリガナ) 口座名義人				口座番号							
加入医療保険	被保険者氏名											
	保 険 者 番 号					区 分	本 人 ・ 扶 養					
	保 険 者 名 称	☐ 国保 ☐ 健保組合 ☐ 後期高齢 ☐ 協会健保 ☐ 共済組合										
個 人 番 号												
【 確 認 事 項 】 1. 自動給付方式では、立科町長が医療機関等から診療報酬請求明細書（レセプト）の写しの提供を受け給付額を算定するため、個人情報を利用します。 2. 立科町長は、対象資格がなくなるまで、所得要件の確認のため、本人・配偶者・扶養義務者・同居者等の課税台帳等を閲覧し所得額等を調査確認します。また、資格要件を調査確認します。 私は、以上のことを承諾、同意し、福祉医療費受給者証の交付申請をします。 令和 年 月 日 立 科 町 長 様 住 所 立科町大字 申 請 者 氏 名 ※記名押印に代えて、署名することができます。												

※ 役 場 確 認 欄	受 給 制 度	☐ 乳幼児 ☐ 児童 ☐ 妊産婦 ☐ 障害者 () ☐ 母子・父子家庭										
	資 格 発 生 事 由	☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 手帳交付 ☐ 紛失・破損 ☐ その他										
	受 給 者 証 番 号					資格発生年月日		令和 年 月 日				
	受給者証有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで										
	調 査 確 認 内 容	☐ 保険証 ☐ 所得要件 ☐ 手帳 ☐ その他 ()							証交付		登 録	
	結 果	認 定 ・ 却 下 ・ 申 請 中				担当者 (保健福祉係)						
	証 交 付 年 月 日	令和 年 月 日										