

受給者証を交付してよろしいでしょうか

村長	副村長	課長	係長	担当

様式1号（第2条関係）

福祉医療費受給者資格者証交付（更新）申請書

喬木村長様 年 月 日

住所 _____ 通報区 _____
申請者 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____

下記により福祉医療費受給者資格者証の交付（更新）を申請します。

受給者	受給区分		乳幼児及び児童等		
	氏名	生年月日	性別	続柄	受給者番号
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

保険加入状況	保険制度名				
	記号・番号			保険者番号	
	被保険者名			保険区分（本／扶）	

振込先	金融機関（支店名）			種別	
	口座名義人			口座番号	

※ 申請者と口座の名義人が異なる場合は、申請者名を記入して押印願います。

支給される費用の受給は、上記の口座名義人に委任します。

氏名 _____ 印 _____

（添付書類）

- ・保険証の写し（国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の場合）

交付年月日	年 月 日	公簿等確認	
児童手当	該当 ・ 非該当		