

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	係

様式 2 号（第 2 条関係）

受給者証番号	
--------	--

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

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

下記により福祉医療費受給資格者証の交付（更新）を申請します。なお私の世帯にかかる課税台帳等税務関係書類を村長が調査確認することを承諾します。

受給区分		心身障害者	
氏名		生年月日	

該当要件	障害手帳等の種類		等級	
	手帳交付番号		交付年月日	

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、受給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）

- ・ 障害者手帳等の資格が確認できる書類
- ・ 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		