

福祉医療費受給者証交付（再交付・変更）申請（届出）書

フリガナ				生年月日		年 月 日	
受給者氏名				個人番号			
住所		軽井沢町				受給証番号	
申請区分	1	児童			8	療育手帳A 1・A 2・B 1 該当者	
	2	身体障害者手帳 1・2 級該当者			9	妊産婦	
	3	身体障害者手帳 3・4 級該当者			10	母子家庭の母子等	
	4	国民年金法該当者			11	父子家庭の父子	
	5	特別児童扶養手当 1・2 級該当者			12	高齢者	
	6	精神障害者保健福祉手帳 1 級該当者			13	指定難病の患者	
	7	精神障害者保健福祉手帳 2・3 級該当者			14	特定疾患等の患者	
発成年月日		年 月 日		事由	新規・出生・転入・転出・転居・保険変更・その他（ ）		
加入医療保険証	被保険者	氏名				受給者との続柄	
		住所					
	勤務先	名称					
		住所					
	保険種別	国保・協会けんぽ・組合・共済・後期			保険証記号番号		
	発行機関	名称				電話番号	
所在地							
振込先	金融機関名			支店等名			種別 普通当座
	(フリガナ) 口座名義人			口座番号			

上記のとおり、福祉医療費受給者証の交付（再交付・変更）を申請（届出）いたします。

なお、受給資格審査等において、私を含む世帯員全員（生計を同じくする者を含む。）の所得課税状況・徴税滞納状況・児童手当・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軽井沢町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、加入医療保険者へ軽井沢町が調査することに同意します。

また、確認に必要な個人番号を報告します。（申請区分1の児童は報告不要です。）

氏名	続柄	個人番号

年 月 日

軽井沢町長 様

申請者 住所 軽井沢町

氏名

電話番号

※町処理欄

審査内容	住民基本台帳 ・ 課税台帳 ・ 身体障害者台帳等 ・ その他（ ）		
審査結果	該当 ・ 非該当	審査担当者	
備考		交付年月日	