

福祉医療費受給者証交付（再交付・変更）申請（届出）書

申請（届出）日 年 月 日

軽井沢町長 様

下記のとおり、福祉医療費受給者証の交付（再交付・変更）の申請（届出）をします。

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、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に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。

記

申請 (届出) 者	住所						
	氏名		電話 番号		受給者 との続柄		
資格 区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 妊産婦（出産予定日： 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 障がい ※該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～4級 <input type="checkbox"/> 国民年金法該当者 <input type="checkbox"/> 特定疾患の患者 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳1～3級 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1・A2・B1 <input type="checkbox"/> 指定難病の患者					
受給 資格 者	氏名	生年月日	住所				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
	フリガナ	年 月 日	□申請（届出）者と同一				
振込 先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> （    ）		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所				
	種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号				
	口座 名義人	フリガナ					

担当者記入欄

加入 医療 保険	保険者名	記号	番号	加入年月日

事由	取得		喪失		変更	
	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 保険変更	<input type="checkbox"/> 更新
	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 新規該当		<input type="checkbox"/> 他公費移行	( )	<input type="checkbox"/> 障害程度変更	( )

審査内容	住民基本台帳 ・ 課税台帳 ・ 障害者台帳 ・ その他 ( )				
審査結果	認定 ・ 却下		審査担当者		
発生年月日	年	月	日	交付年月日	
入力年月日	年	月	日	( 窓口 ・ 郵送 )	
入力確認			受給者証確認		備考