

第1号様式その1(第5条関係)

福祉医療費受給資格証交付申請書

申請書番号

										届出年月日			年 月 日						
										取得年月日			年 月 日						
										有効期間			年 月 日						
区分	1	2	3	4	5	6													
	障害	一人親等	子ども	妊産婦	精神	65障害													
受給資格証番号										親子区分									
対象者	(フリガナ)					性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令			個人番号							
	氏名								年 月 日										
住所										津市使用欄			電話						
申請事由										1	2	3	4	5	6	7			
										転入	生保廃止	申請月の初日	保険加入日	所得制限可	出生	その他			
保護者	氏名					対象者からみた続柄			個人番号										
	住所					生年月日			大 昭 平 令			津 市 使 用 欄							
扶養義務者	氏名					対象者からみた続柄			個人番号										
	住所					生年月日			大 昭 平 令			津 市 使 用 欄							
加入医療保険	被保険者証記号・番号										記号			番号					
	被保険者〔組合員〕世帯主					氏名			対象者からみた続柄			個人番号							
						住所			生年月日			大 昭 平 令							
	対象者の資格取得(認定)年月日					昭和 平成 令和			年 月 日			資格区分							
						1			2			3			4				
					本人			家族			退本人			退扶養					
発行機関(保険者)					所在地			名称			国民健康保険			健康保険組合			広域連合		
					全国健康保険協会			共済組合			支部								
保険者番号(左づめ)					種別			1			2			3			4		
					国保			協会			組合			日雇			船員		
					5			6			7								
					後期														
振込口座	銀行 信用金庫 農協					店 支店 出張所			(フリガナ)			口座名義人							
	預金種別					普通・総合 当座			口座番号(左づめ)			金融機関コード							

※太線の枠内を記入してください。

委任状

福祉医療費の受領を上記口座名義人に委任します。

令和 年 月 日

住所
氏名

(印)

※口座名義人が申請者と異なる場合のみ記入してください。

上記のとおり申請します。 医療費助成に関する所得状況等の必要事項を調査をすることを承諾します。

令和 年 月 日

申請者 住所
(宛先)津市長 (保護者等) 氏名

(印)

※津市使用欄

障害等級				課税状況						本人確認			所得判定		受付	証交付	入力	入力確認
精神	1	2	3	4	A	B	現年	ア	イ	ウ	前年	ア	イ	ウ	運免、(個番・住基)カード(身・療・精)手帳、(健・介)保険証その他()			
	有期認定(至)			区市		負担区分(70~74歳)		個人番号確認										
			市 県		不 低1 低2 一般 現1 現2 現3		(個番・通知)カードその他()				可 不可		窓口	郵送	添付書類	有・無		