

福祉医療費受給者資格取得(更新)申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

受給者資格欄	1 乳幼児等    2 障害者    3 障害者(老人)    4 母子家庭等    5 父子家庭					
	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	資格該当要件出生 転入等年月日	受給資格者番号	
		大・昭 平・令 . .	男・女			
		大・昭 平・令 . .	男・女			
		大・昭 平・令 . .	男・女			
		大・昭 平・令 . .	男・女			
住所	(〒 - ) 町 丁目 番 号			世帯主氏名		
				電話番号		
加入医療保険	被保険者氏名	(続柄)				
	記号・番号		資格取得年月日			
	保険者名		保険者番号			
金融機関欄	<金融機関名>	<支店名>	預金 種目	1.普通 2.当座	店番号	口座番号
	銀行 信金 信組 農協	支店 支店 支店 支所	(フリガナ) 口座名義			

岡谷市福祉医療費給付金資格者証の交付を申請します。  
 なお、資格者及び支給額決定のため、私及び私の世帯構成員の課税資料・診療報酬明細書を閲覧することに  
 同意し、以後受給資格のある限り閲覧することに異議を申しません。

申請者(保護者)氏名 印

処理欄	事業 番号	乳幼児	障害者	障害者 (老人)	母子 家庭等	父子家庭	老人	独暮女子	
		1	2	3	4	5	6	9	
	該当要件	認定・却下			公費負担医療		有・無	法別番号	
	データ処理		台帳		公簿		認定証		