

福祉医療費受給者資格取得 (更新・変更) 申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

申請者 住所 岡谷市

氏名

印

電話

以下のとおり申請します。

資格区分	新規・更新	現物 児83 母父85 障87		償還 障29 39 41 母59 父69		
	変更	変更前	現物 児83 母父85 障87		償還 障29 39 41 母59 父69	
		変更後	現物 児83 母父85 障87		償還 障29 39 41 母59 父69	
認定状況	乳幼児等	年 月 日 出生・転入				
	障害者	身障・療育 () ・精神・特児・障害年金 級 号 年 月 日 ~ 年 月 日 認定				
	母子等・父子	年 月 日 認定				
受給者	氏 名		生 年 月 日		性 別	受 給 者 番 号
			年 月 日		男・女	
			年 月 日		男・女	
			年 月 日		男・女	
			年 月 日		男・女	
			年 月 日		男・女	
加入医療保険	記号	番号		被保険者氏名		(受給者との続柄)
	保険者名称			資格取得日 (認定日)		年 月 日
	保険者番号					
振込先	銀行	本店	店番号	口座番号		
	信用金庫	支店		フリガナ		
	農協 信用組合	本所 支所	1 普通 2 当座	口座名義人		

同意書

岡谷市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯状況及び私の世帯の課税資料・障害手帳等に関する資料を調査すること、及び医療費が高額になった場合は高額療養費等の適否について、加入医療保険者等へ岡谷市が照会することに同意します。

年 月 日

氏名

印

※市処理欄

負担区分	県単 ・ 市単	所得確認日	年 月 日	確 認	受 付
受給者証	年 月 日	窓口 ・ 郵送		確 認	受 付

来庁者	本人	同・代 関係 () 氏名 ()
身元確認	免許証	他 ()

福祉医療費受給者資格取得 (更新・変更) 申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

岡谷市長 殿

申請者 住所 岡谷市 幸町8番1号

氏名 岡谷 太郎

印

電話 23-4811

以下のとおり申請します。

資格区分	新規・更新	現物	児83	母父85	障87	償還	障29	39	41	母59	父69	
	変更	変更前	現物	児83	母父85	障87	償還	障29	39	41	母59	父69
		変更後	現物	児83	母父85	障87	償還	障29	39	41	母59	父69
認定状況	乳幼児等	〇〇年〇〇月〇〇日 出生・転入										
	障害者	身障・療育 ()・精神・特児・障害年金 級 号 年 月 日 ~ 年 月 日 認定										
	母子等・父子	年 月 日 認定										
受給者	氏名	生年月日			性別	受給者番号						
	岡谷 一郎	〇〇年〇〇月〇〇日			男・女	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9						
		年 月 日			男・女							
		年 月 日			男・女							
		年 月 日			男・女							
加入医療保険	記号	1 2 3 4		番号	5 6 7		被保険者氏名					
	保険者名称	〇〇健康保険組合					資格取得日 (認定日)		〇〇年〇月〇〇日			
	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	(受給者との続柄 父)		
振込先	銀行	本店		店番号		口座番号		0 1 2 3 4 5 6				
	八十二信用金庫 岡谷支店	支店		5 1 1		フリガナ		オカヤ タロウ				
	農協信用組合	本所支所		1 普通 2 当座		口座名義人		岡谷 太郎				

同意書

岡谷市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯状況及び私の世帯の課税資料・障害手帳等に関する資料を調査すること、及び医療費が高額になった場合は高額療養費等の適否について、加入医療保険者等へ岡谷市が照会することに同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 岡谷 太郎

印

※市処理欄

負担区分	県単 ・ 市単	所得確認日	年 月 日	確認	受付
受給者証	年 月 日	窓口 ・ 郵送			
来庁者	本人	同・代 関係 () 氏名 ()			
身元確認	免許証	他 ()			