

飯山市福祉医療費特別給付金(乳幼児等)受給者証交付(新規)申請書

平成 年 月 日

飯山市長 へ
下記のとおり申請します。
なお、資格確認のため、課税資料の閲覧を承諾します。

申請者 (保護者)	住所	飯山市(大字)			(町名)	
	ふりがな			電話		
	氏名		⑩	携帯		
加入 医療保険	所在地			記号		
	名称			番号		
	被保険者氏名			勤務先又は職業		
受給 対象者	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	続柄	備考	
		平成 . .	男・女			
		平成 . .	男・女			
		平成 . .	男・女			
		平成 . .	男・女			
		平成 . .	男・女			
口座振込 金融機関	支店 支所 出張所			口座名義(カナ)		
				口座番号		

※上記のとおり交付してよろしいですか				※受給者番号	11-
係	係長	課長補佐	課長	※負担区分	県・市
				※認定年月日	平成 年 月 日
				※交付年月日	平成 年 月 日

※欄は記入しないで下さい