

飯山市福祉医療費特別給付金

- 受給者証交付(更新)申請書
- 受給資格変更(喪失)届書
- 受給者証再交付申請書

(申請先)飯山市長

申請日 年 月 日

申請者 下 ー
(保護者) 住所 飯山市(大字)

氏名 _____ (印)

受給者との続柄 (本人 ・ 父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ _____)

電話 (自宅) _____ (携帯) _____

私は、飯山市福祉医療費給付金の受給資格の承認・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、飯山市が世帯状況・
税務資料等の確認を行うこと及び福祉医療費給付金に係る診療報酬明細書等の写しを使用することに同意します。

次のとおり飯山市福祉医療費給付金に係る申請(届出)をします。

受給資格者	氏名(ふりがな)		生年月日		続柄	状況	申請内容						
		明治・大正・昭和・平成		年 月 日	No.	同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 転入(. . .) <input type="checkbox"/> 障害者(児) <input type="checkbox"/> 手帳交付 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 変更(住所・氏名・保険・口座・資格) <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・証未着)						
		明治・大正・昭和・平成						同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 転入(. . .) <input type="checkbox"/> 障害者(児) <input type="checkbox"/> 手帳交付 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 変更(住所・氏名・保険・口座・資格) <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・証未着)				
		明治・大正・昭和・平成								同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 転入(. . .) <input type="checkbox"/> 障害者(児) <input type="checkbox"/> 手帳交付 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 変更(住所・氏名・保険・口座・資格) <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・証未着)		
		明治・大正・昭和・平成										同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 転入(. . .) <input type="checkbox"/> 障害者(児) <input type="checkbox"/> 手帳交付 <input type="checkbox"/> 母子等 <input type="checkbox"/> 変更(住所・氏名・保険・口座・資格) <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・証未着)
No.													
加入医療保険	保険者の名称	<input type="checkbox"/> 飯山市国民健康保険		振込(新規・変更時払いのみ)	金融機関	支店名							
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部				預金種別 1 普通 2 当座 3 その他()							
		<input type="checkbox"/> 長野県後期高齢者医療広域連合				口座番号							
		<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合				(フリガナ) 名義人							
被保険者名		受給者との続柄()											
記号・番号													
ひとり親家庭等の事由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 保護命令 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 拘束 <input type="checkbox"/> 未婚の母 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 父母のいない児童													
妊産婦	母子保健法 第15条による妊娠の届出をした日(母子手帳交付日)		年 月 日		出産予定日		年 月 日						

※市処理欄

資格区分	<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 父母のいない児童 <input type="checkbox"/> 心身障害者(児) 【 身障手帳 級 ・ 療育手帳 級 ・ 精神手帳 級 】 <input type="checkbox"/> 65歳以上国年年金別表該当
------	---

受付	入力	交付・確認	係	係長	課長