

茅野市福祉医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先)茅 野 市 長

申請者 住所 茅野市

氏名

電話

※資格区分	1 こども	2 心身障害者	3 65歳以上国年別表該当
	4 母子・父子家庭等	5 75歳以上低所得者	

受給者	氏名	生年月日	性別	続柄	※受給者証番号
		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

振込先	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 本所 支所	口座番号	
			フリガナ 口座名義人	

委任状(受給者と口座名義人が異なる場合)  
福祉医療費給付金の受領を上記の口座名義人に委任します。  
年 月 日 氏名 ⑩

同意書  
茅野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市民税課税状況等を調査すること、及び医療費が高額になった場合は高額療養費の適否について、加入医療保険者へ茅野市が照会することに同意します。  
氏名 ⑩

※市処理欄

障害認定状況	資格要件	交付番号	該当年月日(交付年月日)	級別
	身障・療育・精神・特児・障害年金		年 月 日	
負担区分	県単・市単	所得確認日	年 月 日	確認
受給者証	年 月 日	窓口・郵送		受付
備考				