

(様式第1号)

福祉医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

中川村長 様

申請者住所 中川村 番地

申請者氏名

(電話)

私は、中川村福祉医療費給付金規則第2条の規定により受給資格の認定を受けたいので申請します。
なお、私の世帯に係る課税台帳等所得関係資料を事務担当者が閲覧することを承諾します。

受給資格者	住所 中川村 大草・片桐・葛島 番地				
	氏名(2人目以降の氏は省略可)	生年月日	その他	区分	受給者番号
		T・S・H・R 年 月 日			
		T・S・H・R 年 月 日			
		T・S・H・R 年 月 日			
		T・S・H・R 年 月 日			

申請事由 (医療区分)	乳幼児等 ・ 障害者(児) ・ 母子家庭 ・ 父子家庭 (該当に○印)
-------------	-------------------------------------

健康保険加入状況	保険の種類	協会・国保・組合・後期・共済・日雇・船員(該当に○印)		
	保険者の名称及び番号	(保険者番号)		
	保険証の記号番号	記号【	】	番号【
	加入者の氏名	(申請者と同じときは省略可)		
	加入者の勤務先			

口座振込依頼	中川村会計管理者 様		氏名		
	支払われる給付金について、下記の預金口座に口座振替払してください。				
	金融機関	銀行	支店	口座名義	(フリガナ)
		信金	支所		(氏名)
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他()		口座番号		

※ 申請の際は申請者及び受給資格者の健康保険証を提示してください。

村処理欄 <input type="checkbox"/> 健康保険証確認 <input type="checkbox"/> 振込口座確認	世帯状況	課税状況
---	------	------