

# 福祉医療費受給者証交付申請書

**記入例**

令和 年 月 日

中川村長 様

申請者住所 中川村 **大草**・片桐・葛島 **4045-1** 番地  
申請者氏名 **大草 太郎** (電話 **88-3001**)

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 <b>大草</b> 片桐・葛島 <b>4045-1</b> 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
	<b>大草 一郎</b>	M・T・S・ <b>H</b> ・R 20年 4月 2日			
		M・T・S・H・R 年 月 日			
		M・T・S・H・R 年 月 日			
		M・T・S・H・R 年 月 日			

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

↑ 該当の区分に○印をつけてください。

健康保険加入状況	保険の種類	<b>協会</b> ・国保・組合・後期・共済・日雇・船員 (該当に○印)	
	社会保険等の名称及び保険者番号	<b>全国健康保険協会 長野支部</b> (保険者番号 <b>1200013</b> )	
	保険証の記号番号	記号【 <b>32132132</b> 】	番号【 <b>50</b> 】
	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	<b>(株) 中川建設</b>	

↑ お持ちの保険証の記載事項を転記ください。

口座振込依頼	中川村会計管理者 様		↓ 申請者氏名を記入してください。 氏名 <b>大草 太郎</b>												
	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	○	○	○	○	<b>支店</b>	口座名義	(フリガナ) <b>オオクサ タロウ</b>						
		信金	△	△	△	△	支所		(氏名) <b>大草 太郎</b>						
口座種別	<b>普通</b> ・当座・その他( )	口座番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>						

↑ 振込を希望される口座番号等を記入してください。

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