

〈記入例〉

様式第1号（第2条関係）

伊那市福祉医療費受給資格認定申請書

（提出日を記入）

○年 ○月 ○日

（宛先）伊那市長

申請者 住所 伊那市新3050番地

申請者（保護者）の
住所・氏名・電話・
個人番号を記入

（及び同意者）

氏名 伊那太郎

電話 78-4111

個人番号 123412341234

伊那市福祉医療費給付金条例施行規則第2条の規定により受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、次の受給資格者に係る住民税課税台帳及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が取得・閲覧することに同意します。

該当する項目に○をする

住所			世帯主	（世帯主を記入）	
受給資格者氏名	生年月日		続柄	事業番号・受給者番号	
受給資格者を記入		月 日		記入しない	
		月 日			
		月 日			
		年 月 日			
区分	子ども	障害者			ひとり親家庭の 親子等
	小3まで・小4～中3	身体障害者手帳1.2.3級、療育手帳A1.A2.B1.B2			
	高校生	精神障害者保健福祉手帳1.2、国民年金別表 65歳以上障害者			
上記事実の発生日		年 月 日			
転入前の住所					
健康保険加入状況		添付の健康保険証の写しのとおり			
振込先 金融機関	金融機関名		本・支店名		
	ゆうちょ 銀行 金庫 農協		一九八 本店 支店 本所 支所		
	口座番号		ふりがな	いな たろう	
	0 1 2 3 4 5 6		口座名義人	伊那 太郎	

※どなたの口座、どちらの金融機関でもよい

同意書欄（申請者を除く扶養義務者及び同一住所の方）

氏名	続柄	生年月日	個人番号

通帳の登録名をはっきりと記入

届出人（申請者と異なる場合）住所

氏名（続柄） 電話

ゆうちょ銀行の場合、【店名】・【口座番号】または 記号・番号 を明記してください
《記入例》 店名 口座番号 / 記号 番号
一九八 0123456 / 11960-1234561