

（宛先）伊那市長

申請者（保護者）の
住所・氏名・電話・
個人番号を記入

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____
個人番号 _____

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			世帯主氏名		
受給資格者氏名	生年月日		続柄	事業番号・受給者番号	
	S・H・R 年 月 日		個人番号	-	
受給資格者を記入	月 日		個人番号	加入健康保険の情報の 写しの提出ができない 場合のみ、個人番号を 記入	
	月 日		個人番号		
	月 日		個人番号		
	S・H・R 年 月 日		個人番号	-	
区分	子ども	障害者			ひとり親 家庭の 親子等
	中学3年まで 高校生	身体障害者手帳1.2.3級、療育手帳A1.A2.B1.B2 精神障害者手帳1.2級、国民年金別表、65歳以上障害者			
上記事実の発生年月日		年 月 日			
転入前の住所（その年の1月1日の住所。ただし1月～7月の転入は前4					
健康保険加入状況の確認方法 ☐ 個人番号の利用 ☐ 添付の健康保険情報の写し					
振込先 金融 機関	金融機関名		本・支店名		種類
	ゆうちょ ☒ 銀行 農協 信用金庫		一八八 本店 ☒ 支店 支所 ☒ 普通 当座		
	口座番号		ふりがな	いな たろう	
	0 1 2 3 4 5 6		口座名義	伊那 太郎	

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	通帳の登録名を はっきりと記入
		年 月 日	
		年 月 日	

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 0 1 2 3 4 5 6 / 1 1 9 6 0 - 1 2 3 4 5 6 1