

伊那市福祉医療費受給資格認定申請書

年 月 日

（宛先）伊那市長

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。

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	-		
	S・H・R 年 月 日	個人番号	-		
	S・H・R 年 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	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月の転入は前年の1月1日の住所）					
健康保険加入状況の確認方法		<input type="checkbox"/> 個人番号の利用 <input type="checkbox"/> 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
	銀行 農協 信用金庫		本店 支店 支所		普通 当座
	口座番号		ふりがな		
		口座名義			

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
		年 月 日	
		年 月 日	

届出人（申請者と異なる場合）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

本人確認欄 免許・在留カード・個人番号カード・他（ \_\_\_\_\_ ）No. \_\_\_\_\_

受付	入力