

松本市福祉医療費給付金

☐ 受給者証交付申請書

☐ 受給資格等変更届書

☐ 受給者証再交付申請書

年

月

日

(宛先)松本市長

申請者

〒

—

(本人又は法定代理人)

住所

氏名

電話

(

)

次のとおり松本市福祉医療費給付金に係る申請(届出)をします。

同意書

松本市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、私の世帯状況及び私の世帯の市県民税・所得税課税状況、市税滞納状況、児童扶養手当・特別児童扶養手当・特別障害者手当等の支給状況等、加入医療保険の資格情報を松本市が調査（マイナンバーを用いた情報連携による公簿等の閲覧等を含む。）すること及び医療費が高額になった場合、高額療養費の適否について、加入医療保険者へ松本市が照会することに同意します。

氏名

受給資格者	ふりがな		生年月日	続柄	☐ 乳幼児等 ☐ 障害者 ☐ 母子等 ☐ 父子 ☐ 新規 ☐ 転入 ☐ 住特 ☐ 変更(保険口座等級資格) ☐ 再交付(住変、紛失、破損) ☐ 更新(18歳) ☐ 喪失
	氏名		T・S・H・R		
	個人番号		No.		
	ふりがな		生年月日	続柄	
	氏名		T・S・H・R		☐ 乳幼児等 ☐ 障害者 ☐ 母子等 ☐ 父子 ☐ 新規 ☐ 転入 ☐ 住特 ☐ 変更(保険口座等級資格) ☐ 再交付(住変、紛失、破損) ☐ 更新(18歳) ☐ 喪失
	個人番号		No.		
	ふりがな		生年月日	続柄	
	氏名		T・S・H・R		
	個人番号		No.		☐ 乳幼児等 ☐ 障害者 ☐ 母子等 ☐ 父子 ☐ 新規 ☐ 転入 ☐ 住特 ☐ 変更(保険口座等級資格) ☐ 再交付(住変、紛失、破損) ☐ 更新(18歳) ☐ 喪失
	ふりがな		生年月日	続柄	
	氏名		T・S・H・R		
	個人番号		No.		
ふりがな		生年月日	続柄	☐ 乳幼児等 ☐ 障害者 ☐ 母子等 ☐ 父子 ☐ 新規 ☐ 転入 ☐ 住特 ☐ 変更(保険口座等級資格) ☐ 再交付(住変、紛失、破損) ☐ 更新(18歳) ☐ 喪失	
氏名		T・S・H・R			
個人番号		No.			
ふりがな		生年月日	続柄		

加入医療保険	記号		番号		取得日(認定日)	年	月	日
	被保険者住所				被保険者氏名	受給者との続柄()		
	保険者番号		保険者名称		個人番号			
					☐ 国保 ☐ 協会(社保) ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ 広域連合			

口座振込依頼先	金融機関名称	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協	☐ 支店 ☐ 支所	金融機関番号		店番号	
	口座番号	☐ 普通	委任状(申請者と口座名義人が異なる場合) 福祉医療費給付金の受領を左記の口座名義人に委任します。 年 月 日				
	口座名義人(カタカナ)	氏名					

個人番号	☐ 個人番号カード	☐ 通知カード又は個人番号通知書	☐ その他()						
確認方法	☐ 個人番号未記入のため申請者の承諾を得て担当者が記入								
母子・父子等	年 月 日	事実発生	事由	受付	入力	交付	確認	係長	課長
障害者手帳等	年 月 日	☐ 交付 ☐ 変更	等級						
受給資格	年 月 日	☐ 認定 ☐ 喪失()							
受給者証	年 月 日	☐ 窓口 ☐ 郵送							
備考									