

福祉医療 変更

様式第1号(第3条、第7条、第8条関係)

受給資格者証交付申請書
 長野市福祉医療費給付金 受給資格者等変更届書
 受給資格者証再交付申請書

処理番号			

【確認】

マイナンバーカード

長野市長宛

※太枠内と申請者欄をご記入ください。

年 月 日 申請

資格区分	乳幼児等	心身障害児	心身障害者	65歳以上重度障害者(後期高齢者医療加入/非加入)	母子家庭	父子家庭	父母のない児童
------	------	-------	-------	---------------------------	------	------	---------

<受給者(保護者)>
 対象者が20歳未満の場合は
 保護者氏名、20歳以上の場合
 は対象者本人

「住所・氏名変更」の場合は変更後の内容

<input type="checkbox"/> 変更 (下記変更年月日 . . .)	<input type="checkbox"/> 喪失 (下記喪失年月日 . . .)
<input type="checkbox"/> 住所・氏名変更	<input type="checkbox"/> 障害程度変更
<input type="checkbox"/> 連絡先変更	<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 保険変更	<input type="checkbox"/> 喪失取消(延長)
<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 再交付
<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> 再交付
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他

<振込先口座>
 変更後の口座(受給者名義に限る)

※受給者(保護者)名義の口座をご記入ください。(口座番号は左づめでご記入)

振込先口座	名称	信濃 信濃	預金種別	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人(フリガナ)	ナガノ タロウ											

住所	長野市 大字鶴賀緑町1613番地	
フリガナ	ナガノ タロウ	
氏名	長野 太郎	連絡先(電話番号)
		090-1234-5678

加入医療保険	記号	番号						
被保険者	フリガナ	ナガノ タロウ						
	氏名	長野 太郎						
	住所	同左						
保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
保険者名称	〇〇健康保険組合							

<加入者保険>
 対象者の加入している
 健康保険(保険証)の内容

- * 氏名、住所は被保険者の情報
- ・社会保険:被保険者、組合員 等
- ・国民健康保険:世帯主
- ・後期高齢者医療保険:本人

口座変更、保険変更の場合は、該当する欄に記入をしてください

受給者欄、対象者欄、申請者欄は、申請の内容に関わらず記入してください

「住所・氏名変更」の場合は変更前の内容

上記のとおり相違ありません。	
申請者	住所 長野市 大字鶴賀緑町1613番地
氏名	長野 花子
	受給者との続柄 (妻)

<申請者>
 窓口に来た方の氏名

受付
入力交付
確認審査

<対象者>
 ・福祉医療の対象者(乳幼児、障害者本人、母子家庭の母子等)
 ・氏名変更の場合は変更後の氏名

発生事由	発生年月日	(左記の状況)別居日
母子家庭 死亡 重度障害者扶養		
父子家庭 離婚 拘禁		保険加入日
遺棄 長期入院		児扶手
その他 ()		同番地
発生年月日		