

福祉医療 変更

長野市長宛

※太枠内と申請者欄をご記入ください。

処理番号

年 月 日 申請

資格区分	子ども	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

保護者氏名

◎対象者が20歳以上の場合

対象者氏名

☐運転免許証
()
☐健康保険証
()
☐受給者証
()
☐その他
()

☐65歳以上手帳交付☐変更 (下記変更年月日 . . .)☐喪失 (下記喪失年月日 . . .)

「住所・氏名変更」の場合は変更後の内容

☐住所・氏名変更 ☐障害程度変更 ☐連絡先変更
☐喪失取消(延長) ☐受給者変更
☐再交付 ☐その他

☐死亡 ☐婚姻
☐転出 ☐資格変更()
☐生保開始

【振込先口座】

※受給者(保護者)名義の口座をご記入ください。(変更後の口座(受給者名義に限る))

振込先口座	名称	銀行・信金 信組・農協	預金種別	1	2	3	4	5	6	
	信濃 信濃	支店 支所	普通 当座							
	口座名義人(フリガナ)		ナガノ タロウ							上の子と同じ

加 入 医 療 保 険	記号	0000				番号	0000					
	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	1	2	3	4	5	6					
	保険者名称	00健康保険組合										

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

私は、福祉医療費給付金の受給資格の承認・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、長野市が健康保険法等による医療に関する給付の支給又は保険料の徴収に関する情報・世帯状況・税務資料等の確認を行うこと及び福祉医療費給付金に係る診療報酬明細書等の写しを使用することに同意します。

☐裏面確認

受付

入力受付

【対象者】

福祉医療の対象者(子ども、障害者本人、
ひとり親家庭の母子・父子等)

療育手帳	年月日	発生事由	(左記の状況)
特別児童扶養手当	有効期限 再認定	母子 家庭	死亡
精神障害者保健福祉手帳	等級	重度障害者扶養	別居
その他	障害名	発生 年月日	同番地

受給者欄、対象者欄、申請者欄
は、内容にかかわらず記入してく
ださい。

世帯所得 帯人／ 員課 税対 名号象	氏 名	マイナンバー	所得	住民
	長野 太郎			
	長野 花子			
	長野 一郎			
	長野 りんご			

※保険変更の場合、記入
【世帯員氏名】
住民票上の同一世帯全員の氏名
・マイナンバーが必要な方
ひとり親・障害者資格・・・18歳以上の方

「住所・氏名変更」の場合は変更前の内容

申請者	住所	氏名	受給者との (妻)
上 記	長野市 大字鶴賀緑町1613番地	長野 花子	

備考

【申請者】

窓口に来た人の氏名