

処理番号	

# 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。

年 月 日 申請

## 【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

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

<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"/> 65歳以上手帳交付 <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"/> 喪失取消(延長) <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> 再交付 <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)

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

## 【確認】

- マイナンバーカード ( )
- 運転免許証 ( )
- 健康保険証 ( )
- 受給者証 ( )
- その他 ( )

住所	大字鶴賀緑町1613番地	
フリガナ	ナガノ タロウ	連絡先(電話番号)
氏名	長野 太郎	000-0000-0000

受給者番号(左づめでご記入ください)	資格取得年月日
	年 月 日

対象者①	氏名	生年月日
	フリガナ	
	長野 りんご	R0年 0月 0日

受給者番号(左づめでご記入ください)	資格取得年月日
	年 月 日

対象者②	氏名	生年月日
	フリガナ	
		年 月 日

受給者番号(左づめでご記入ください)	資格取得年月日
	年 月 日

対象者③	氏名	生年月日
	フリガナ	
		年 月 日

## 【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)

「氏名変更」の場合は変更後の氏名

特別児童扶養手当	再認定	発生事由	(左記の状況)別居日
精神障害者保健福祉手帳	等級	母子家庭 死亡 重度障害者扶養	
その他	障害名	父子家庭 離婚 拘禁	保険加入日
		父子家庭 生死不明 未婚の女子	
		父母のない児童 遺棄 長期入院	児扶手
		その他( )	同番地
		発生年月日	

加入医療保険	記号	0000	番号	0000
	フリガナ	ナガノ タロウ		
	被保険者	氏名	長野 太郎	
		住所	同左	
	保険者番号	0 1 2 3 4	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	
	保険者名称	〇〇健康保険組		

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告することに同意します。

世帯所得者/課税対象者氏名	氏名	マイナンバー
	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  
・健康保険証の被保険者  
・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

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)

備考  
【申請者】  
窓口に来た人の氏名