

処理番号	

福祉医療 新規

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 (後期高齢者医療加入確認 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 住所・氏名変更
<input type="checkbox"/> 追加 (対象者増加)	<input type="checkbox"/> 障害程度変更
<input type="checkbox"/> 保険変更	<input type="checkbox"/> 連絡先変更
<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> 喪失取消(延長)
<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 受給者変更
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 転出

【振込先口座】

受給者(保護者)名義の口座

※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)

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

加入医療保険

記号	0000	番号	
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
保険者名称	〇〇健康保険組合		

【加入医療保険】

対象者が加入している健康保険(保険証)の内容を確認

- ※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

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。

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			

【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の方
- ※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

受給者(保護者)	住所	大字鶴賀緑町1613番地	連絡先(電話番号)	000-0000-0000
フリガナ	氏名	ナガノ タロウ	長野 太郎	
受給者番号(左づめでご記入ください)	資格取得年月日			
対象者①	フリガナ	氏名	生年月日	
	ナガノ リンゴ	長野 りんご	R0年 0月 0日	
対象者②	フリガナ	氏名	生年月日	
対象者③	フリガナ	氏名	生年月日	

【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)

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	
		遺棄 長期入院	児扶手
		その他()	同番地
		発生年月日	

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】

窓口に来た人の氏名