

福祉医療 新規

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											

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	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
(後期高齢者医療加入確認 ☐)
☐ 追加(対象者増加)☐ 変 更 (下 記 変 更 年 月 日 . . .)☐ 住所・氏名変更 ☐ 障害程度変更 ☐ 連絡先変更
☐ 保険変更 ☐ 喪失取消(延長) ☐ 受給者【振込先口座】
☐ 口座変更 ☐ 再交付 ☐ その他☐ 喪 失 (下 記 喪 失 年 月 日 . . .)☐ 死 亡 ☐ 婚 姻
☐ 資格変更()
☐ その他 ()

←受給者(保護者)名義

※受給者(保護者)名義の口座

の口座 (左の欄を必ず記入してください)

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

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 (左つめてご記入ください)	資 格 取 得 年 月 日
	年 月 日

対 象 者 ①	氏 名	生 年 月 日
	フリガナ	
	ナガノ リンゴ	
	長野 りんご	RO年〇月〇〇日

受 給 者 番 号 (左つめてご記入ください)	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 (左つめてご記入ください)	資 格 取 得 年 月 日
	年 月 日

対 象 者	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)

療育手帳 特別児童扶養手当 精神障害者保健福祉手帳 その他 ()	交付年月日 有効期限／再認定 等 級	障害名	級	発 生 事 由		(左記の状況) 別 居 日 . . . 保険加入日 . . . 児 扶 手 同 番 地
				母子家庭	死亡 重度障害者扶養	
				父子家庭	離婚 拘禁	
				父母のない児童	生死不明 未婚の女子	
					遺棄 長期入院	
					その他 ()	
					発生年月日 . . .	

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	【加入医療保険】 対象者が加入して （マイナ保険証、資 内容を記入	
	保険者名称	〇〇健康保険組合							

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することに同意します。

※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

世 帯 所 得 者 等 課 税 対 象	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	

【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

上 記 の と お り 相 違 あり ませ ん 。

備考

申 請 者 住 所 長野市 大字鶴賀緑町1613番地

【申請者】

窓口に来た人の氏名

氏 名 長野 花子

受給者との続柄
(妻)