

長野市福祉医療費給付金 受給資格者等変更届書

Table with 10 columns and 2 rows for '処理番号' (Processing Number).



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

Form with 7 columns for '資格区分' (Qualification Category) and '理由' (Reason). Categories include children, physical/mental disabilities, elderly, and families.

- 【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

Main form for '受給者' (Beneficiary) with sections for address, name, and birth date for three individuals.

※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ください)

Form for '振込先口座' (Bank Transfer Account) with fields for name, address, and account number.

Form for '加入医療保険' (Health Insurance) with fields for policy number, name, and address.

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。

Table for '世帯所得' (Household Income) with columns for name, My Number, and income details.

Vertical box for '受付' (Acceptance) and '確認審査' (Confirmation Review).

Table for '心身障害者(児)' (Mentally/Physically Disabled Person/Child) with columns for certificate type, number, and occurrence date.

Form for '住所' (Address) and '氏名' (Name) with a signature line.

Form for '備考' (Remarks) with a large text area.