

福祉医療 喪失

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

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

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

氏 名

フリガナ

ナガノ リンゴ

生 年 月 日

長野 りんご

RO年〇月〇〇日

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

氏 名

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

氏 名

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

年月日

特別児童扶養手当

有効期限

／再認定

精神障害者保健福祉手帳

等 級

その他

障害名

母子
家庭

父子
家庭

父母
の
ない
児童

発 生 事 由

死亡 重度障害者扶養

離婚 拘禁

生死不明 未婚の女子

遺棄 長期入院

その他 ()

発生
年月日

(左記の状況)

別 居 日

保険加入日

児扶手

同番地

※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)

振込先口座	名称	銀行・信金 信組・農協	預金種別 普通	口 座 番 号			
		支 店 支 所	当 座				
	口座名義人(フリガナ)			上の子と同じ			

加入 医 療 保 険	記号	番号					
	被 保 険 者	フリガナ					
		氏名					
		住所					
	保険者番号						
保険者名称							

私は、福祉医療費に、長野市が健康保険料の徴収に関する情報・世帯状況・税務資料等のすることに同意します

受給者欄、対象者欄、申請者欄は必ず記入してください。

給付金の支給・返還のため料の徴収に関する情報・世帯状況・税務資料等の写しを使用

世 帯 所 得 税 課 税 対 象	氏 名	マイナンバー										所得	住民

上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。

備考

申 請 者

住 所

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
(妻)

裏面確認

受付

入力受付

確認審査