

処理番号					

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

【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"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 追加 (対象者増加)	<input type="checkbox"/> 障害程度変更 <input type="checkbox"/> 喪失取消(延長) <input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 連絡先変更 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 資格変更() <input type="checkbox"/> その他 ()

【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 ()

受給者(保護者)	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	長野 りんご	生年月日
	フリガナ	ナガノ リンゴ	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

※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	口座番号					
		支店 支所	普通 当座	1	2	3	4	5	6
	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	保険者番号			
	保険者名称			

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。

世帯所得人/員課税対象名号	氏名	マイナンバー	所得住民	
			所得	住民

受付
入力受付
確認審査

【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)

発生事由	(左記の状況)別居日
母子家庭 死亡 重度障害者扶養	. . .
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	. . .
父母のいない児童 遺棄 長期入院	児扶手 . . .
その他 ()	同番地 . . .

特別児童扶養手当	再認定	等級	級
精神障害者保健福祉手帳		障害名	
その他 ()			

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