



様式第1号(第3条、第7条、第8条関係)

長野市福祉医療費給付金  
受給資格者証交付申請書  
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                                            |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|----------------------------------------------------|------|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 理 由                                 | <input type="checkbox"/> 取 得                                                  |       |                               | <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"/> 一般新規                                                 |       |                               | <input type="checkbox"/> 住所・氏名変更                   |      |                                  | <input type="checkbox"/> 死 亡                       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 65歳以上手帳交付<br>(後期高齢者医療加入確認 <input type="checkbox"/> ) |       |                               | <input type="checkbox"/> 障害程度変更                    |      |                                  | <input type="checkbox"/> 婚 姻                       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 生保廃止                                                 |       |                               | <input type="checkbox"/> 再交付                       |      |                                  | <input type="checkbox"/> 転 出                       |
| <input type="checkbox"/> 追加 (対象者増加) |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> 口座変更 |                                                    |      | <input type="checkbox"/> 資格変更( ) |                                                    |
|                                     |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> その他  |                                                    |      | <input type="checkbox"/> 生保開始    |                                                    |
|                                     |                                                                               |       |                               |                                                    |      | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                    |

- 【確認】
- ☐ マイナンバーカード ( )
  - ☐ 運転免許証 ( )
  - ☐ 資格確認書 (健康保険) ( )
  - ☐ 受給者証 ( )
  - ☐ 障害者手帳 ( )
  - ☐ その他 ( )

|                         |      |     |  |  |  |  |           |  |  |  |  |               |  |  |  |
|-------------------------|------|-----|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| 受給者(保護者)                | 住 所  | 長野市 |  |  |  |  |           |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                         | フリガナ |     |  |  |  |  | 連絡先(電話番号) |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                         | 氏 名  |     |  |  |  |  |           |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 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  |     |  |  |  |  | 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 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<br>信組・農協 | 預金種別     | 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|       |             | 支店<br>支所       | 普通<br>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／課税対象者名 | 氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | マイナンバー | 所得 | 住民 |  |
|              |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |    |    |  |
|              |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |    |    |  |
|              |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |    |    |  |
|              |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |    |    |  |
|              |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |    |    |  |

□裏面確認

|      |
|------|
| 受付   |
| 入力受付 |
| 確認審査 |

上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。

備考

申 請 者  
住 所長野市

氏 名

受給者との続柄  
( )

|        |               |          |         |                          |           |  |                                                     |
|--------|---------------|----------|---------|--------------------------|-----------|--|-----------------------------------------------------|
| 長野市記入欄 | 心 身 障 害 者 (児) |          |         | 母子家庭<br>父子家庭<br>父母のいない児童 | 発 生 事 由   |  | (左記の状況)<br>別 居 日 . .<br>保険加入日 . .<br>児 扶 手<br>同 番 地 |
|        | 手帳・証書の種類      | 記号・番号    | 死亡      |                          | 重度障害者扶養   |  |                                                     |
|        | 身体障害者手帳       | 交 付 年月日  | 離婚      |                          | 拘禁        |  |                                                     |
|        | 療育手帳          | 有効期限／再認定 | 生死不明    |                          | 未婚の女子     |  |                                                     |
|        | 特別児童扶養手当      | 等 級      | 遺棄      |                          | 長期入院      |  |                                                     |
|        | 精神障害者保健福祉手帳   | 障 害 名    | その他 ( ) |                          | 発生年月日 . . |  |                                                     |

## ・マイナポータル確認欄

☐保険認定日の確認 ※同じ場合は①のみ記入

・対象者① 昭・平・令 年    月    日

・対象者② 昭・平・令 年    月    日

・対象者③ 昭・平・令 年    月    日