

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

※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						
口座名義人(フリガナ)									

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 氏 番号 対象	氏名	マイナンバー	所得	住民

- 【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 ()

受付

入力受付

確認審査

長野市記入欄	心身障害者(児)		発生事由		(左記の状況) 別居日 . . .
	手帳・証書の種類	記号・番号	母子家庭	死亡 重度障害者扶養	
	身体障害者手帳	交付年月日	父子家庭	離婚 拘禁	児扶手 同番地
	療育手帳	有効期限/再認定	父母のいない児童	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 ()		
その他 ()			発生年月日 . . .		

上記のとおり相違ありません。

申請者
住所長野市

氏名

受給者との続柄
()

備考