

様式第1号-1

福祉医療費給付金受給者証交付(更新)申請書
(児童等用)

平成 年 月 日

松川町長 様

下記のとおり福祉医療費給付金受給資格者証の交付(更新)を申請します。
また、給付金額を算定するため協力医療機関等から診療報酬明細書の写しを受けることに同意します。

1 申請者(児童等を監護し、主としてその生計を維持している者)

住 所		自治会	
氏 名		電話 番号	
申請事由	1 出生 2 転入(転入日 年 月 日) 3 その他(印)		

2 加入医療保険

種 類	全 共 組 国 国組				(参考)
記 号		番 号			
被保険者名					
保険者番号					
保険者名称					

全 全国健康保険協会
共 共済組合
組 組合管掌健康保険
国 国民健康保険
国組 国民健康保険組合

3 児童等(出生から、満18歳に到達後の最初の3月31日まで)

1	氏名		生年 月日	平成 年 月 日	続柄	
	住所	と同	松川町		受給者 番号	
2	氏名		生年 月日	平成 年 月 日	続柄	
	住所	と同	松川町		受給者 番号	
3	氏名		生年 月日	平成 年 月 日	続柄	
	住所	と同	松川町		受給者 番号	

4 給付金振込口座

金融機関名		銀行 信金 農協		支店 支所
預金種類	普 通	口座番号		
口座名義	(フリガナ)			