

松川町福祉医療費給付金(交付・再交付・変更等)申請書

松川町長宛

※太枠内と申請者欄をご記入ください。

年 月 日 申請

申請者	
住 所	松川町
氏 名	

受給者 (保護者)	住 所	松川町	連絡先(電話番号)
		☐ 申請者と同じ	
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
		☐ 申請者と同じ	
個 人 番 号			資格取得日
対象者	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	個 人 番 号		資格取得日
対象者	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	個 人 番 号		資格取得日
対象者	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	個 人 番 号		資格取得日

役場確認欄					
受付	入力	確認	備考		
資格区分	子ども 心身障害児 心身障害者 65歳以上国民年金別表該当 ひとり親(母子・父子)				
心身障害者(児)			ひとり親		
手帳の種類		手帳番号	区分	母子家庭	父子家庭 父母のいない児童
☐ 身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級(一部)		有効期限 再認定日	発 生 事 由		児扶手認定日
☐ 療育手帳 A1 A2 B1			死亡 離婚	未婚	
☐ 精神障害者保健福祉手帳 1級 2級			同地番世帯確認		
			その他()		

※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							
		☐ 受給者と同じ							
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、松川町が世帯状況・税務資料・保険情報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 帯人／ 員 課 氏 番 税 氏 対 名 号 象	氏 名	個 人 番 号

申 請 理 由		
☐ 取得	☐ 変更(変更年月日 . .)	☐ 喪失(喪失年月日 . .)
☐ 出生 ☐ 手帳取得	☐ 住所変更 ☐ 再交付	☐ 死亡 ☐ 婚姻
☐ 転入 ☐ その他	☐ 氏名変更 ☐ 紛失	☐ 転出 ☐ 資格変更
☐ 生保廃止	☐ 口座変更 ☐ 受給者変更	☐ 生保開始 ☐ その他
	☐ 保険証変更 ☐ その他	
	☐ 障害程度変更	