

信濃町福祉医療費給付金受給者証交付申請書

信濃町長 様

年 月 日

信濃町大字 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり、信濃町福祉医療費受給者証の交付を申請します。

また、信濃町福祉医療費受給者証交付の認定に当たり、私の世帯に係る税務関係資料及び診療報酬明細書の写しを、信濃町が使用・閲覧・調査することを承諾します。

区分	1. 乳幼児等 2. 障がい者 3. 母子家庭の母子 4. 父子家庭の父子 5. 世帯主			
受給者	氏名	生年月日	個人番号	
		. .		
		. .		
		. .		
住所	信濃町大字		組名	
世帯主氏名		電話番号		
保険証	保険者名			
	記号	番号		
	被保険者	勤務先		
振込先口座	金融機関名	銀行協信組	(フリガナ) 口座名義人	
	支店名	支店支所本店	口座番号	普通・当座

委任状  給付金の受領については上記口座名義人に委任します。  受給者名 _____ 印	障害の等級		級	
	事務	受給者証を交付してよろしいでしょうか		
	処	決裁	課長	係長 担当者 係
	理	受給者証交付		年 月 日
	欄	添付書類は公簿等により確認済 確認者氏名 _____ 印		