様式第１号

木島平村福祉医療費給付金　受給者証 交付（更新） 申請書

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |
| （あて先）木島平村長 |
| （申請者）　住　所　　木島平村大字氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現物給付対象者のみ（委任者※）※医療保険被保険者（国民健康保険の場合は世帯主）申請者と同一の場合は不要氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　下記のとおり、木島平村福祉医療費給付金受給者証の交付を受けたいので申請します。なお、福祉医療費給付金の受給資格審査等のために、木島平村が世帯状況・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。現物給付した福祉医療費給付金が、保険者が規定する高額療養費等の対象となる場合や県内での住所変更の際、保険者、変更先市町村への申請及び受領の権限を木島平村長へ委任します。 |
| 資格区分 | □妊産婦　　　□乳幼児等　　　□障害者（児）　　　□母子等　　　□父子 |
| 受給対象者 | 氏　　　名 | 生年月日 | 続柄 |
| フリガナ | 大正・昭和平成・令和　　　　 | 年　　　月　　　日 |  |
|  |
| フリガナ | 大正・昭和平成・令和　　　　 | 年　　　月　　　日 |  |
|  |
| フリガナ | 大正・昭和平成・令和　　　　 | 年　　　月　　　日 |  |
|  |
| フリガナ | 大正・昭和平成・令和　　　　 | 年　　　月　　　日 |  |
|  |
| 加入医療保険 | 名　称 | □木島平村国民健康保険□長野県後期高齢者医療広域連合□全国健康保険協会　　　　支部□　　　　　　　国保組合□　　　　　　　健康保険組合□　　　　　　　組合健保□　　　　　　　共済組合 | 振込口座 | 金融機関 | 農協・銀行信金・信組 |
| 支店名 | 支店・支所 |
| 預金種別 | 1普通　2当座 |
| 口座番号 |  |
| 被保険者名 |  | (フリガナ)口座名義人 |  |
| 記号・番号 |  |
| 妊産婦 | 母子保健法第15条による妊娠の届出をした日（母子手帳交付日） | 年　　月　　日 | 出産予定日 | 年　　月　　日 |

**※添付書類 … 保険証の写し(国保・後期は不要)、所得･課税･扶養証明書の写し(必要な年度分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 村記入欄 | 審査結果 | 1. 認定
2. 却下
 | 資格発生年月日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受給者証交付年月日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 課長 | 係長 | 係　　　員 | 担当 | 備考 |
|  |  |  |  | 身体　療育　精神　　　　級65歳以上国民年金別表該当 |

（村担当者記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請事由 | 　1．新　規　　2．転　入　　3．出　生　　4．資格変更　　5．更　新 |
| 障害者 | 手帳の種類 | 番号 | 　　第　　　　　　　号 | 等級 |  |
| 1．身体障害者手帳2．療育手帳3．精神保健福祉手帳 | 交付日 | 年　　月　　日 | 交付状況 | 交　付変　更 |
| 障害名 |  |
| 母子父子 | 1．死 別　　2．離 別　　3．未 婚　　4．その他（　　　　　） |
| 所得審査 | 本　人 | 住民税（非・課）　所得税（非・課）　特障手当（該当・非該当）児扶手当（該当・非該当） |
| 扶養義務者 | 住民税（非・課）　所得税（非・課）　特障手当（該当・非該当）児扶手当（該当・非該当） |