

(様式第1号) (第2条関係)

須坂市福祉医療費給付金受給者証交付申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者

住 所
氏 名
個人番号
電 話

福祉医療費受給者証の交付を受けたいので、須坂市福祉医療費給付金条例施行規則第2条の規定により、次のとおり申請します。

なお、受給資格の確認及び給付金の支給等のために、私の世帯に係る市民税等の課税資料の閲覧を承諾します。

受給対象者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	個人番号	受給者番号(市記入欄)
		大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
		大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
		大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
加入医療保険	種 類	国・協・組・共・後・()		記号一番号	—	
	保 険 者 名 (保険者番号)	()		被 保 険 者 氏 名	()	
振込先登録口座	銀行・信金 信組・農協 労金			支 店 支 所 出 張 所	預金 種 別	1 普通 2 当座
	口座番号	(フリガナ)		口座名義人		

市処理欄

区分	1 乳幼児等 2 障害児() 3 障害者() 65歳以上国民年金別表該当(一般・後期) 4 母子家庭の母子等 5 父子家庭の父子等					
障 害 者	手帳又は証書の種類	番号等・交付年月日	等 級	障 害 名		
	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 特別児童扶養手当証書 4 国民年金証書 5 精神障害者保健福祉手帳 6 自立支援医療受給者証	第 号 年 月 日交付・変更				
処 理 欄	証明事実公募管理者 職氏名	印	資格発生年月日			
	・認定 ・却下 (理由)		交 付 年 月 日			
			窓口受付		入力者	

須坂市福祉医療費給付金受給者証交付申請書

年 月 日

★対象者本人又は、保護者（未成年の場合）の
氏名、住所、個人番号（わからない場合は未記入可）、
電話番号（携帯番号でも可）を記入してください。
★本人確認ができるものをお持ちください。

★黒線太枠内をご記入ください。
★対象の方の**保険証の写し**を添付してくだ
さい。（市町村国民健康保険・後期高齢者医
療制度の方は不要です。）

申請者

住 所 須坂市〇〇-△
氏 名 須坂 一郎
個人番号 1234 〇△□× 4567
電 話 012-345-6789

医療費給付金条例施行規則第2条の規定により、

個人番号（マイナンバー）は、個人番号通知カード、
個人番号カードを見ながらご記入ください。

なお、医療費給付金の支給等のために、私
ます。

受給 対象 者	氏 名	スザカ ハナコ 須坂 花子	生 年 月 日	大・昭・平・令 25年 4月 1日	性別	男・女 女	続柄	子	個人番号		受給者番号（市記入欄）	
	※医療保険に関しては、 対象者本人 の保険証 を見て記入してください。											
	加入 種 類	国・協・組・共・後・（ ）			記号一番号	1234-5678						
	保 險 者 名 (保険者番号)	〇〇健康保険組合 (0 1 2 3 4 5 6 7)			被 保 険 者 氏 名	須坂 一郎						
	振込先 登録 口座	すざか	銀行・信金 信組・農協 労金	須坂西	支店 支所 出張所	預金 種別	1普通 2当座					
口座番号	0	1	2	3	4	5	6	(フリガナ)	スザカ イチロウ			
口座名義人	須坂 一郎											

市処理欄

区分	1 乳幼児等 3 母子家庭	() 65歳以上国民年金別表該当（一般・後期）	
障 害 者	手帳又	等級	障 害 名
	1 身体障害者 2 療育手帳 3 特別児童 4 国民年金 5 精神障害者保健福祉手帳 6 自立支援医療受給者証	※受給者以外の口座も可。 ※ゆうちょ銀行を指定される場合、 支店名（店番）、口座番号（7桁） を通帳で確認の上ご記入ください。	
	証明事実公募管理者 職氏名	印	資格発生年月日
	・認定 ・却下 (理由)		交 付 年 月 日
	窓口受付		入力者