

記入例(出生)

様式第1号(第2条関係)

福祉医療受給資格認定申請書

令和 5 年 10 月 10 日

(申請先)東御市長

(申請者)住 所 東御市鞍掛197
氏 名 東御 太郎
電話番号 0286-64-8888
個人番号 1234 5678 9012

提出年月日を記入して下さい。

生まれたお子さんのお名前、生年月日を記入して下さい。個人番号が分かる場合は記入をお願いします。

申請者は保護者の方の住所、氏名、電話番号を記入して下さい。個人番号の記入もお願いします。

申請者記入欄	（ふりがな）	とうみ いちろう										生年月日	平成 3 年 9 月 2 日			
	受給者名	東御 一郎														
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8			
	受給資格区分	1 乳幼児・児童	出生・転入										令和 5 年 10 月 1 日			
		2 障がい者	手帳の種類（身障・療育・精神・金別表）										級			
		3 母子・父子家庭等	子の氏名					生年月日								
			事由発生年月日										年	月	日	
	保険証	種別	国保 後期高齢 協会けんぽ 組合 共済										本人・家族の別			
		その他（										本人 家族				
		保険者番号					記号					保険証の記号・番号				
	0 1 2 0 0 0 1 3					4 5 6 7 8 9					1 2 3 4 5					
	被保険者氏名					東御 太郎					附加給付金の有無					
											有（ ） 無（ ）					
市役所記入欄	金融機関名					預金種別					普通					
	信州うえだ					口座番号					1 2					
銀行・農協・組合・金庫					東御 支店					口座名義（カタカナで記入）						
										トウミ タ						
上記により、福祉医療費給付金の受給資格者証の交付を申請します。私の世帯の住民基本台帳、市県民税・所得課税状況、児童扶養手当者手当の支給状況等を東御市が調査すること及び福祉医療費給付金及び保険給付状況等について加入医療保険者、東御市が加入する																
保険証について																
種別 国保：東御市国保加入者、東御市退職者国保加入者																
後期高齢：後期高齢者医療広域連合加入者																
協会けんぽ：全国健康保険協会加入者（長野支部他）																
組合：〇〇健康保険組合																
（主として企業あるいは企業グループ独自の保険組合）加入者																
共済：公務員等の共済組合加入者																
その他：建設国保、医師国保他の加入者																

生まれた子の『出生日』を記入して下さい。

付加給付の有無は不明の場合は空欄で結構です。

必要書類

- 保護者の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）
- お子様の保険証（申請時点で作成中の場合、保険証交付後にコピーの送付が提示をお願いします。）
- 通帳、またはキャッシュカード

記入例(転入)

様式第1号(第2条関係)

福祉医療受給資格認定申請書

令和 5 年 10 月 1 日

(申請先) 東御市長

(申請者) 住 所 東御市鞍掛 1 9 7

氏 名 東御 太郎

電話番号 0286-64-8888

個人番号 1234 5678 9012

提出年月日を記入して下さい。

転入されたお子さんのお名前、生年月日を記入して下さい。個人番号が分かる場合は記入をお願いします。

申請者は保護者の方の住所、氏名、電話番号を記入して下さい。個人番号の記入もお願いします。

申請者記入欄	(ふりがな)	とうみ いちろう										生年月日	平成 3 年 9 月 2 日			
	受給者名	東御 一郎										生年月日	平成 3 年 9 月 2 日			
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8			
	受給資格区分	1 乳幼児・児童	出生・転入										令和 5 年 10 月 1 日			
		2 障がい者	手帳の種類(身障・療育・精神) 級 交付事由発生年月日													
		3 母子・父子家庭等	子の氏名					生年月日								
			事由発生年月日 年 月 日													
	保険証	種別	国保 後期高齢 協会けんぽ 組合 共済 その他()										本人・家族の別 本人 家族			
		保険者番号					保険証の記号・番号					付加給付の有無は不明の場合は空欄で結構です。				
		0 1 2 0 0 0 1 3					記号 4 5 6 7 8 9 番号 1 2 3 4 5									
被保険者氏名					東御 太郎					附加給付金の有無 有 () 無						
市役所記入欄	金融機関名					預金種別					普通					
	信州うえだ					口座番号					1 2					
	銀行・農協・組合・金庫 東御 支店					口座名義(カタカナで記入)					トウミ タ					
上記により、福祉医療費給付金の受給資格者証の交付を申請します。私の世帯の住民基本台帳、市県民税・所得課税状況、児童扶養手当者手当等の支給状況等を東御市が調査すること及び福祉医療費給付金																
保険証について 種別 国保:東御市国保加入者、東御市退職者国保加入者 後期高齢:後期高齢者医療広域連合加入者 協会けんぽ:全国健康保険協会加入者(長野支部他) 組合:〇〇健康保険組合 (主として企業あるいは企業グループ独自の保険組合)加入者 共済:公務員等の共済組合加入者 その他:建設国保、医師国保他の加入者																
必要書類 ・保護者の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等) ・お子様の保険証(申請時点で作成中の場合、保険証交付後にコピーの送付か提示をお願いします。) ・通帳、またはキャッシュカード																

東御市に転入した『転入日』を記入して下さい。転入した日がわからない場合は空欄で結構です。

付加給付の有無は不明の場合は空欄で結構です。

必要書類
 ・保護者の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)
 ・お子様の保険証(申請時点で作成中の場合、保険証交付後にコピーの送付か提示をお願いします。)
 ・通帳、またはキャッシュカード