

松川村福祉医療費受給者証交付(更新)申請書

令和 年 月 日

松川村長 様

申請者 住所  
 (受給資格者または養育者) 氏名 ⑩  
 電話番号

下記のとおり松川村福祉医療費給付金受給資格者証の交付を申請します。  
 また、本申請をもって翌年度以降の申請も併せて行ったものとみなしてください。

受給資格者	No.	氏名	生年月日	続柄	個人番号(マイナンバー)	受給者番号(村記入欄)
	①		年 月 日			
	②		年 月 日			
	③		年 月 日			
	④		年 月 日			
振込先口座	金融機関 銀行・金庫 農協・信組	支店名 本店・本所 支店・支所	預金種別 普通・当座	加入医療保険 □ 松川村国民健康保険 □ 長野県後期高齢者医療保険(松川村) □ その他 ( 別添のとおり )		
	口座番号	口座名義人(カナ)				
同意欄	受給資格が継続する限り、以下について同意します。					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>受給資格審査に必要な受給資格者及び同意者(扶養義務者・同居者等)の公簿等(マイナンバーによる情報連携を含む)を松川村が確認すること。</li> <li>支給控除金額確認のため、高額療養費等の適否について、加入医療保険へ松川村が照会すること。</li> </ul>					
	令和 年 月 日 申請者氏名 ⑩					
	※下記は1月1日時点の住所地が松川村と異なる受給資格者及び同意者のみ記載してください。					
	同意者氏名	個人番号(マイナンバー)	1月1日時点の住所地			

村処理欄

区分	□老人	□障害者	□乳幼児	□母子・父子	受給資格事由	
有効期限	No. ①	年 月 日～	年 月 日	交付	No. ①	年 月 日
	No. ②	年 月 日～	年 月 日		No. ②	年 月 日
	No. ③	年 月 日～	年 月 日		No. ③	年 月 日
	No. ④	年 月 日～	年 月 日		No. ④	年 月 日

本人確認	免	カ	保	面	確認者
	他				