

1	老人
2	障害者
3	乳幼児
4	母子・父子

松川村福祉医療費受給者証交付（更新）申請書

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 ㊟
 受給資格者との続柄
 連絡方法 TEL

下記により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更新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	住所	(フリガナ)氏名	生年月日	性別	続柄	確認欄
	番地		年 月 日	男・女		
	番地		年 月 日	男・女		
	番地		年 月 日	男・女		
支払金融機関	名称	農協 銀行 信金	支所 支店	口座 番号	普通・当座	名義
受給資格事由						

同意書	私は、松川村福祉医療費給付金受給者資格審査において、対象資格がなくなるまで毎年度の所得証明書の提出に代えて、私及び世帯員並びに家族に係る税務資料や村税納税状況等を松川村が確認することに同意します。 年 月 日 氏名 ㊟
-----	--

<添付書類>

- ・受給資格者の被保険者証等の写し
- ・身体障害者手帳等受給資格要件に該当することを証する書類
- ・その他申請に必要な書類

ここから下は記入しないでください。

受給者番号		有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
摘要		交付	年 月 日