

福祉医療費受給者資格取得（更新）申請書

令和 年 月 日

天龍村長 永嶺 誠一 様

※太枠の中についてご記入ください。 新規・住所変更・口座変更・その他（ ）

受給者資格	1 乳幼児・児童 2 障害者 3 母子家庭 4 父子家庭 5 老人				
	フリガナ氏名	生年月日	性別	資格当該要件年月日	受給者番号
住所	〒399-12 _____		世帯主		
	長野県下伊那郡天龍村 _____		電話番号	_____	
加入医療保険	被保険者氏名	【保険証の写しを添付してください】			
	記号・番号		資格取得年月日		
	保険者名		保険者番号		
金融機関	金融機関名（支店名）	種別	口座番号	口座名義人氏名	
	飯田信用金庫 支店	普通			
	JAみなみ信州 支所				
	ゆうちょ銀行 支店	当座			

天龍村福祉医療費給付金受給者証の交付を申請します。
 尚、資格者及び支給額決定の為私及び私の世帯構成員の課税資料を閲覧することに同意し
 以後受給資格のある限り課税資料を閲覧することに異議を申しません。



申請者（保護者）氏名

※以下は役場で記入します。

処理欄	事業欄	乳・児（県）	乳・児（村）	障害者（県）	障害者（村）	母子家庭	父子家庭	老人（県）	老人（村）	
		当該要件	認定・却下		データ処理		台帳			
	備考		児童手当		特障手当		児扶手当			
			住民税世帯		所得税世帯		住民税本人		所得税本人	
	有効期間	令和 年 月 日		～令和 年 月 日						