

様式第1号 (第2条関係)

坂城町福祉医療費受給資格認定申請書					
					年 月 日
坂 城 町 長 様					
<p>下記により、坂城町福祉医療費受給資格の認定を申請します。</p> <p>なお、福祉医療費受給資格確認のため、私の世帯の支給対象となるレセプト、各保険組合等高額療養費の関係資料を閲覧することを承諾します。</p>					
住所					
申請者 氏名				印	
個人番号					
(2. 障害者の受給資格認定申請の場合のみ記入してください)					
電話番号					
1. 子ども		2. 障害者		3. 母子	
4. 父子					
受給対象者	氏 名	生 年 月 日	申請者との 続 柄	個 人 番 号	
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
障 害 者 等 の 区 分		等 級 等		手帳番号等	
身体障害者手帳 自立支援医療(精神通院) 療育手帳・精神手帳				認定 年 月 日 交付	
加入保険	種 別	健保・共・国・後・組・日		被保険者証 発行機関名	坂 城 町
	記号・番号				全国健康保険協会 支部
	認定年月日				共 済 組 合
	被保険者名				健康保険組合
振込先	金融機関名・支店名		支店	※審査(公簿等により確認済)	
	口座番号(普通預金)		所 得 (税) 額		職権 認定
	口座名義(フリガナ)		本 人	扶養義務者	担当 印
委任状	この福祉医療費の受領について、上記口座名義人に委任します。				
	申請者 氏名		印		