様式第1号（第2条関係）

川上村福祉医療費受給資格認定申請書

受給者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		住所	
	生年月日	年　　月　　日		

福祉医療の事業区分		□乳幼児等（0～18歳）　□妊産婦（出産予定日　　年　　月　　日） □母子家庭（□母・□子）　□父子家庭（□父・□子） □国民年金法施行令別表に該当する障害（65歳以上） □身体障害者手帳（□1級・□2級・□3級） □療育手帳（□A1・□A2・□B1・□B2） □精神保健福祉手帳（□1級・□2級・□3級）　□その他（　　）
加入医療保険	保険の種類（保険者名称）	□国民健康保険（川上村） □後期高齢者医療（長野県後期高齢者医療広域連合） □全国健康保険協会（長野支部・　　支部） □その他（　　）
	記号・番号	・
	保険者番号	
	区　分	本　人　・　扶　養

口座振込希望金融機関	銀行　本店 信組　支店 農協　支所	フリガナ	
		口座名義人	
		口座番号	普通　・当座

【確認事項】

自動給付方式では、川上村長が医療機関等から診療報酬請求明細書（レセプト）の写しの提供を受け給付額を算定するため、個人情報を利用します。

川上村長は、受給資格の確認のため、本人・配偶者・扶養義務者・同居者等の課税台帳等を閲覧し所得額等を調査確認します。

私は、以上のことを承諾、同意し、福祉医療費受給者証の交付申請をします。

年　　月　　日　　申請者　住　所

受給者との続柄　本人・保護者・その他（　　）

氏　名

川上村長　様　　連絡先

※太線内のみ記入してください。
保険の種類が全国健康保険協会、その他の場合は被保険者であることを示す証明書を提示してください。

決裁	村　長	副村長	課　長	課長補佐	係　長	課内会議	起案者	年　　月　　日 保健福祉課保健係　㊞

件名	川上村福祉医療費受給資格認定について（伺い）

上記の者を川上村福祉医療費支給条例に基づき、医療費の支給該当者として下記のとおり認定してよろしいでしょうか。

認定年月日　　年　　月　　日

備考

資格発生事由	出生　・　転入　・　手帳交付　・　妊産婦　・　その他（　　）			
公簿確認事項	児童手当	該当　非該当	確認者	年　　月　　日
	児童扶養手当	該当　非該当		
	特別障害者手当	該当　非該当		
	本人所得税	有　無		
	世帯村民税	有　無		
	住民登録	有　無		㊞