

(様式第1号)

福祉医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

大桑村長 宛

申請者

住所

氏名

印

電話

次のとおり、福祉医療費受給資格者証の交付を申請します。

なお、記載した個人番号を、大桑村行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用等に関する条例第4条第1項に定める事務（住民基本台帳・課税帳簿の確認や加入医療保険の照会等）に使用することを承諾します。

受給対象者	氏名		生年月日			個人番号							続柄		
			年 月 日												
			年 月 日												
			年 月 日												
加入医療保険	種類	国・協・組・共・後・その他 ()					記号一番号			—					
	保険者名 (保険者番号)	()					被保険者氏名								
振込先登録口座	銀行・信金 信組・農協 労金			支店 支所 出張所			預金 種別		1 普通 2 当座						
	口座番号			(フリガナ)											
				口座名義人											
通知	支払通知はがきの送付を (希望する・希望しない)														

※村記入欄 (以下は記入しないでください)

区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児・児童	<input type="checkbox"/> 障害者 ()	<input type="checkbox"/> 65歳以上国民年金別表該当 (一般・後期)				
	<input type="checkbox"/> 母子家庭の母子等	<input type="checkbox"/> 父子家庭の父子等	<input type="checkbox"/> 妊産婦				
処理	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下 (理由)						
	起案日	担当者	係	係長	課長補佐	課長	
	・						
	決済日						
	・						