



大桑村長 宛

申請者

住所 大桑村大字長野880-1
氏名 大桑 太郎
電話 55-3080



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		
	大桑 桃子		2024年 4月 1日		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	子
			年 月 日												
			年 月 日												
加入医療保険	種類	国 <u>協</u> 組・共・後・その他 ()				記号一番号		11 - 22							
	保険者名 (保険者番号)	全国健康保険協会 ○○支部 (123456)				被保険者氏名		大桑 太郎							
振込先登録口座	振込先		銀行・信金 信組 <u>農協</u> 労金		支店 <u>支所</u> 出張所		預金 種別		<u>1 普通</u> 2 当座						
	口座番号		1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ)		オオクワ タロウ			
											口座名義人		大桑 太郎		
通知	支払通知はがきの送付を (<u>希望する</u>) 希望しない														

添付書類

- ①保険証写し②所得証明書③障害者手帳写し④特定疾患医療受給者証写し

★乳幼児・・・①

★障がい者・・・①、②（転入者のみ）、③、④（保健所から交付がある方のみ）

★母子・父子・・・①、②（転入者のみ）

※添付書類は1人につき1枚必要です。