

諏訪市福祉医療費受給者証交付(更新)申請書

※申請区分		現物			児	83	母父	85	障	87	償還			障	29	39	49	母	59	父	69							
支給対象者		フリガナ							生年月日			受給者番号																
		氏 名										個人番号 (マイナンバー)																
									年 月 日																			
									年 月 日																			
									年 月 日																			
									年 月 日																			
									年 月 日																			
									年 月 日																			
									年 月 日																			
住 所		諏訪市								電 話																		
加入医療保険	記号・番号									保険者名称																		
	資格取得(認定)日		年 月 日																									
	被保険者氏名																											
	支給対象者との続柄		本人・父・母・親族 ()							保険者番号																		
口座振込希望金融機関		銀行 金庫 組合 農協							フリガナ 口座名義人																			
		口座番号		普通																								
				当座																								
		ほかの兄弟姉妹と同じ口座を希望する場合は 右欄へその兄弟姉妹の氏名を記入してください。																	と同じ口座									
(宛先) 諏 訪 市 長 上記のとおり受給者証の交付を申請します。 なお、諏訪市福祉医療費給付金の受給資格審査等において、受給資格者及び同居世帯員の住民基本台帳、市民税・県民税・所得税課税状況、児童扶養手当、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の支給状況等並びに医療費が高額になった場合の高額療養費の適否について、諏訪市が加入医療保険者へ照会することを受給資格が継続する限り同意します。 年 月 日 申請者 氏 名 (支給対象者との続柄)																												
世帯員氏名					個人番号 (マイナンバー)					世帯員氏名					個人番号 (マイナンバー)													

※以下、市記入欄

審査結果		認定 ・ 却下					負担区分		県 ・ 市												
障	種別						母父	こども課認定日 (年 月 日)													
	有期	有 (年 月) ・ 無																			
備考									受付		確認		入力								