

泰阜村福祉医療費給付事業受給者証

交付更新

申請書

(母子・父子・寡婦・乳幼児・独り暮らし老人)

受給者	ふりがな			長野県下伊那郡泰阜村		番地	
	氏名			世帯主	氏名	長野県下伊那郡泰阜村 番地	
	大・昭・平		年	月	日生	男・女	
加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄			住所
	保険種別	政 組 日 共 国		被保険者証の記号		付加給付の有無	有 無
	被保険者証発行機関名				所在地		

上記のとおり 医療費受給者証の 交付更新 を申請します。

なお、泰阜村が、受給者としての資格を有するか否かを確認するために支給対象者及び当該支給対象者と同一世帯に属する者の村民税の課税状況及び所得状況の確認を毎年行うこと並びに給付金額を算定するために協力医療機関等から診療報酬明細書の写しを受け取ることに同意します。

令和 年 月 日

泰 阜 村 長 殿 申請者 住所 氏名 ㊞

調 書	独り暮らし老人	区分	1 独り暮らし老人	5 独り暮らしの女子
	母子家庭の母子		2 母子家庭の母	6 重度身障害者を扶養している老人・女子
	独り暮らしの女子		3 母子家庭の子	7 父子家庭の父子
	父子家庭の父子		4 父母のない児童	

現住所	長野県下伊那郡泰阜村 番地	当該事実の発生日	平成 年 月 日	フリガナ
		現在の職業		氏 名
		前年分の所得	円	
		前年分の所得課税額	円	大 昭 平 年 月 日

同居者					
氏 名	生年月日	年齢	本人との続柄	職業	備考

重度身障者又は寝たきり老人を扶養している場合はその状況	
直系血族及び兄弟姉妹との接触状況(独り暮らし老人及び女子に限る)	
父子家庭における父と子の生活状況及び父が子を扶養している実態等の内容	
備 考	県 補 助 の み 県 補 助 併 用 村 単 の み

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

住所 申請者 氏名 ㊞

※認定年月日	平成 年 月 日						
※ 交付 決裁欄 認定	村長	副村長	課長	係長	係	事務担当者	受給者番号

(記入例)

## 泰阜村福祉医療費給付事業受給者証

交付

申請書

更新

(母子・父子・寡婦・乳幼児・独り暮らし老人)

受給者	ふりがな	〇〇〇〇〇〇		長野県下伊那郡泰阜村〇〇〇〇番地			
	氏名	お子さん等の氏名		世帯主	氏名	長野県下伊那郡泰阜村 番地	
	大・昭・平	年	月	日生	男・女		
加入医療保険	被保険者氏名	(保険に加入している方の氏名)	受給者との続柄	本人	住所	被保険者の方の住所 〇〇〇〇	
	保険種別	政	組	日	共	国	被保険者証の記号 〇〇〇〇〇〇〇〇 付加給付の有無 有 無
	被保険者証発行機関名	〇〇〇〇〇〇			所在地	〇〇県〇〇市〇〇〇〇	

上記のとおり

医療費受給者証の

交付

を更新

なお、泰阜村が、受給者としての資格を有するか否かを確認するために支給対象者及び当該支給対象者と同一世帯に属する者の村民税の課税状況及び所得状況の確認を毎年行うこと並びに給付金額を算定するために協力医療機関等から診療報酬明細書の写しを受け取ることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

泰阜村長殿

申請者住所

〇〇〇〇 〇

氏名

申請者氏名

印

押印

現住所	長野県下伊那郡泰阜村 番地	当該事実の発生日	平成 年 月 日	氏名	氏名
		現在の職業		氏名	氏名
		前年分の所得	円	氏名	氏名
		前年分の所得課税額	円	大昭平 年 月 日	
同居者					
氏名	生年月日	年齢	本人との続柄	職業	備考
重度身障者又は寝たきり老人を扶養している場合はその状況					
直系血族及び兄弟姉妹との接触状況(独り暮らし老人及び女子に限る)					
父子家庭における父と子の生活状況及び父が子を扶養している実態等の内容					
備考					
県補助のみ 県補助併用 村単のみ					
平成 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。					
住所 長野県下伊那郡泰阜村 番地					
申請者 氏名					
印					
※認定年月日					
平成 年 月 日					
交付 村長 副村長 課長 係長 係 事務担当者 受給者番号					
※ 認定 決裁欄					