

|  |                   |                    |                               |
|--|-------------------|--------------------|-------------------------------|
| 福祉医療費受給資格 <b>認定更新</b> 申請書(障害・老障・ <b>子ども</b> ・母子・父子・寡婦・寡男・単婦) |                   |                    |                               |
| 支給対象者  |                   | 申請者(受給者)           |                               |
| 個人番号   |                   |                    |                               |
| フリガナ   |                   |                    |                               |
| 氏名   |                   | 支給対象者との続柄          |                               |
| 生年月日(年齢)   | ( 歳)              | ( 歳)               |                               |
| 住所   |                   |                    |                               |
| 受給資格等  | 身体障害者・療育・精神保健福祉手帳 |                    | 児童扶養手当・遺族基礎年金                 |
|  | 交付番号              | 県第 号               | 証書記号・番号                       |
|  | 障害区分              | 視・聴・言・肢・内・知・精      | (※参考事項)                       |
|  | 級号・等級             | 障 級・知              |                               |
| 国民健康保険又は社会保険   | 加入保険の名称           |                    | 被保険者証の記号番号                    |
|  | 被保険者氏名            |                    | 有・無<br>有の場合、下欄にその内容を記入してください。 |
|  | 被保険者証の発行機関        | 名称<br>所在地<br>(電話 ) |                               |
| 振込先(登録)  | 金融機関名             |                    | 口座番号                          |
|  | 魚協<br>農協<br>銀行    |                    | 名義(カタカナ)                      |

コピーを添付

コピーを添付

大村市長 様

上記により認定(更新)されるよう申請します。

また、大村市福祉医療費助成制度を受けるにあたり、下記の事項に同意します。

- 大村市福祉医療費支給申請を大村市内の保険医療機関が代理申請すること。
- 口座振込日をもって大村市福祉医療費を受領したものとすること。
- 大村市福祉医療費助成の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯帳の記載事項及び健康保険の資格認定情報等について大村市が確認すること。
- 大村市福祉医療費助成の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯に関する情報について大村市が保険者等へ確認すること。
- 大村市が福祉医療費として給付した医療費(現物給付含む)について金等の対象となる場合、保険者への請求及び受領の権限を大村市に委任すること。
- 大村市が福祉医療費として給付した医療費(現物給付含む)について、その他の制度による給付金を受領した場合及び既に給付を受けた福祉医療費相当額を大村市へ返還すること。
- 前項の規定に基づき返還することとなった場合において、その後現金と当該福祉医療費とを相殺ができること。

受給者の健康保険証の「被保険者氏名(組合員氏名、世帯主氏名)」を記入してください。(押印不要)

年 月 日
住所  
氏名  
電話番号

|            |    |   |    |   |
|------------|----|---|----|---|
| 受給者証の記号・番号 | 認定 | ※ | 更新 | ※ |
|------------|----|---|----|---|