

# 65歳以上国民年金別表該当福祉医療費給付金受給者証交付申請書

		受給者番号												
申請者 (受給者)	住所	飯田市												
		電話番号( )												
	氏名	( 年 月 日 )		加入健康保険										
	(生年月日)			保険者番号										
個人番号			記号 番号											
手帳、証書等の内容		等級	記号番号及び交付年月日	備考										
身体障害者手帳 ・ 障害年金 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳 その他 ( )			第 号 年 月 日交付											
振込先口座	<input type="checkbox"/> 八十二銀行	支店	口座種目	1 普通 2 当座 3 貯蓄										
	<input type="checkbox"/> 飯田信用金庫	店	フリガナ											
	<input type="checkbox"/> みなみ信州農協	支所	口座名義人											
	銀行・信金		口座番号											
代理人選任 届※申請者 (受給者)と口座 名義人が異なる 場合	※支給される費用の額の受領について、右の代理人を選任しました。		代理人 住所											
	受給者氏名	印	氏名	(続柄 )										
世帯員氏名 ／ 個人番号	氏名	個人番号												
<p>飯田市福祉医療費給付金条例第6条第1項の規定により、飯田市福祉医療費給付金受給者証を申請します。</p> <p>なお、飯田市が、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市町村民税の課税状況及び所得状況の確認を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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p>飯田市長</p>														

