

母子家庭の母子  
父子家庭の父子  
父母のいない児童

## 母子家庭等福祉医療費給付金受給者証交付申請書

申請者	住所	飯田市										電話番号 ( )	
	氏名 (生年月日)	( 年 月 日 )							受給者との続柄				
受給者	加入健康保険	記号							番号				
		保険者番号							被保険者名( )				
	名称												
	氏名	生年月日			個人番号				受給者番号				
		. .											
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									
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、当該支給対象者の扶養義務者等の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: center;">申請者氏名</p> <p>飯田市長</p>													

市役所処理欄	児童扶養手当 所得制限	全部支給限度内 一部支給限度内・制限以上 ( )	交付年月日	年 月 日
	事由	死亡・離婚・生死不明・ 遺棄・重度障害・扶養 ・未婚女子・その他 ( )	交付者印	
	適用期間	年 月 日から 年 月 日から	決裁印	
			備考	

事務 処理欄	番号確認	扶養義務者	該当者	代理確認	受付者
		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 または 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 または 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 成後 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人一号書類 <input type="checkbox"/> 本人二号書類( )	
	身元確認	申請者			聞き取り確認事項
		代理人			聞き取り確認事項
		一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個か <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在か <input type="checkbox"/> 住基か <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他( )	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )	(左記との組合せで可とする) <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他( )	
		一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個か <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在か <input type="checkbox"/> 住基か <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他( )	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )	(左記との組合せで可とする) <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他( )	