様式第3号(第6条関係)飯田市福祉医療費給付金受給者証交付申請書(障害者)

身体障害者手帳1・2級
療育手帳A1．A2．B1
身体障害者手帳3級
精神保健福祉手帳1・2級

# 障害者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<br>（生年月日） | （　　年　　月　　日） | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | 加入している健康保険 | 記号 | | 番号 | | |
| | | 保険者番号 | | 被保険者名（　　） | | |
| | | 名称 | | 資格取得（認定）日<br>．　． | | |

| 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<br>療育手帳　・　精神保健福祉手帳<br>その他（　　） | | 第　　号<br>年　月　日交付 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先口座 | □ 八十二銀行　支店<br>□ 飯田信用金庫　店<br>□ みなみ信州農協　支所<br>銀行・信金<br>□ 変更なし | 口座種目 | 1 普通　2 当座　3 貯蓄 |
| | | フリガナ | |
| | | 口座名義人 | |
| | | 口座番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 代理人選任届<br>※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。<br>受給者氏名　　印 | 代理人<br>住所<br>氏名　　（続柄　　） |

| 世帯員氏名／個人番号 | 氏名 | 個人番号 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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。

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。

年　　月　　日　　申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

飯田市長

| 市役所処理欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 特別障害者手当<br>所得制限 | 制限内・制限以上（　　） | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 市民税　課税状況 | 非課税　・　（　　）　課税 | 交付者印 | |
| 事　　由 | 手帳交付・転入・その他（　　） | 決裁印 | |
| 適用期限 | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 備　　考 | |

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