

小諸市医療費特別給付金 受給資格認定申請書 兼

受給資格等変更(喪失)届出書 (乳幼児・児童等)

(申請先) 小諸市長

年 月 日

申請者	住所	小諸市		
	氏名	印	電話	—
		受給者との続柄 ()		

次のとおり小諸市医療費特別給付金に係る申請(届出)をします。また、本申請をもって翌年度以降の更新申請も併せて行ったものとみなしてください。

なお、この事業の受給資格が継続する期間において、小諸市が、私及び私の家族(扶養義務者等)の世帯状況・税務資料等及び給付に係るレセプト内容等の確認を行うことについて同意します。

(受給資格: 乳幼児・児童 ・ 母子家庭等 ・ 父子家庭)

受給者	住所	小諸市 (申請者と同じ場合は記入不要)		
	ふりがな	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 認定 () <input type="checkbox"/> 変更(資格 保険 口座) <input type="checkbox"/> 喪失 ()
	氏名	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 認定 () <input type="checkbox"/> 変更(資格 保険 口座) <input type="checkbox"/> 喪失 ()
	ふりがな	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 認定 () <input type="checkbox"/> 変更(資格 保険 口座) <input type="checkbox"/> 喪失 ()
	氏名	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 認定 () <input type="checkbox"/> 変更(資格 保険 口座) <input type="checkbox"/> 喪失 ()
	氏名	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 認定 () <input type="checkbox"/> 変更(資格 保険 口座) <input type="checkbox"/> 喪失 ()
資格	変更前	変更後	変更理由	
加入医療保険	記号・番号	取得年月日	年 月 日	
	保険者コード	保険者名		
	被保険者	受給者との続柄 ()		
※小諸市国保、後期高齢者 以外の保険の方は裏面にコピー添付				
振込先	金融機関名	銀行・信金 支店 信組・農協 支所		
	預金種類	普通当座	口座番号	ふりがな 口座名義
送付先				

市処理欄	受給資格	乳・児 ・ 母子家庭等 ・ 父子家庭		負担区分	県単 ・ 市単
	出生 転入 離婚 死別 遺棄 婚姻 生保開始 生保廃止	年 月 日			
	認定・変更・喪失	年 月 日			
	有効期間	年 月 日から		年 月 日	
	所得要件	児扶 該当・非該当		審査	認定・却下
	受給者証交付	年 月 日		受給者証回収	有 無
決裁	課長	係長	係		システム処理月日 /
	上記について受給資格を認定し、受給者証を交付してよろしいでしょうか。 確認者 確認公簿 税務課課税台帳等				