

様式第1号の2（第2条、第6条関係）

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

（申請先）小諸市長

年 月 日

申請者	住 所	小諸市		
	氏 名	受給者との続柄（ ）		電話 個人番号

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・健康保険情報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：障がい者）

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			個人番号		
	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（ ）
資格	氏名			個人番号		
加入医療保険	変更前		変更後	変更理由		
	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（ ）				
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協				支店 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						

添付書類：受給資格の区分が確認できる書類・世帯等の状況調書（該当する区分）

市処理欄	受給資格	身体障害者手帳 1・2・3級 療育手帳 A1 A2 B1 精神保健福祉手帳 1・2級			65歳以上国民年金別表該当・一般（ ） 障害年金受給 特別児童扶養手当該当		
	負担区分	県単	市単	有効期間	年 月 日から	年 月 日	
	手帳取得	手帳更新	住所地特例	特児該当	年金該当	転入 転出 死亡	年 月 日
	認定・変更・喪失						
	所得要件	特障 該当・非該当			審査	認定・却下	
	添付書類	身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳 障害年金証書 特児証書					
	受給者証交付	年 月 日			受給者証回収	有・無	
	確認者	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。				システム 処理月日	受付
確認公簿 税務課課税台帳等					/		