

宮田村福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

【 子 ど も 】

宮田村福祉医療費特別給付金給付条例の規定に基づき、受給資格の認定を申請します。なお、申請にあたり本人及び世帯員の課税台帳等関係資料を事務担当職員が閲覧することを承諾します。

令和 年 月 日

宮田村長様

住所 宮田村 番地

(区 班) ☎ -

(保護者) 申請者氏名 印

本人現住所	本人氏名	生年月日
宮田村	ふりがな	平・令 年 月 日
	男	(転入日)
	女	(令和 年 月 日)

加入医療保険

被保険者及び世帯主氏名	整理番号
記号・番号	発行機関
被保険者の勤務先	(保険者番号) ()

給付金の振込先

金融機関	銀行	支店	口座	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
コード	信金		普通・貯蓄・他()	名義人
	農協	支所	番号	

市町村処理欄

事業番号	区分程度	受給者番号	0							
扶養義務者氏名		補助区分								
扶養義務者整理番号		<input type="checkbox"/> 補助対象 <input type="checkbox"/> 村単								
処理欄	課税状況等 確認	高額区分	受給資格	入力	入力日	証交付	備考			
		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		/					

* 受給資格について、関係公簿等により確認しました。