

後期高齢者福祉医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者（受給者）											
住所.....											
氏名.....											
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日											
連絡先（ ）											
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

届出者	
☐ 受給者と同じ	
住所.....	
☐ 受給者と同じ	
氏名.....	
受給者との続柄（ ）	

次のとおりですので、後期高齢者福祉医療費助成金を交付してください。

受 給 者 番 号							受 給 者 氏 名						
振 込 先	受給者 ・ 受給者以外												
後期高齢者福祉 医 療 費 助 成 金 振 込 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合						本店 支店						
金融機関コード							口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座					
口 座 名 義 (カタカナ)							口 座 番 号						

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。
受給者以外の方へ振込を希望の場合は下記「受領委任状」の記入が必要です。

【受領委任状】	
この助成金の受領を ☐ 受給者と同じ (住所).....	
(氏名)..... (受給者との続柄.....) に委任します。	
受給者..... (※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	

保 険 者 番 号									
記 号 番 号									
保険資格取得日	年 月 日								受 付
後期高齢者 福祉医療 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								

☐ 次回番号持参依頼

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他（ ）
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・ 在留カード・障がい者手帳（顔写真付き）・その他（ ）
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書・その他（ ） B) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他（ ）

※顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点（A+A又はA+B）を確認すること。