

記載例

(関係)

福祉医療費受給者証交付申請書

○年 ○月 ○日

(宛先) 安曇野市長

申請者の住所、氏名、続柄、電話番号をご記入ください。

住所

安曇野市

申請者

氏名

(続柄)

電話

()

下記により、福祉医療費
また、受給資格者は下記

該当する資格区分を○で囲ってください。

資格区分	児童・障害者・母子家庭等・父子家庭	事業番号	
住所	安曇野市	同上	
受給資格者	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別
			*
			*
			*
			*
加入医療保険	被保険者氏名	被保険者証 発行機関名	一部負担割合
			限度額適用、標準負担額減額認定
振込先口座	銀行・信金 信組・農協	支店 支所	フリガナ
	(4) 振込先口座に変更があったとき	()	口座名義人
	種別	普通・当座・その他 ()	口座番号
			左詰めで記入

氏名、生年月日をご記入ください。

加入している健康保険の内容をご記入ください。

福祉医療費の支給口座をご記入ください。

について、申請者及びその属する世帯全員の税務情報の閲覧
世帯全員の署名をお願いします。

申請者

氏名

16歳以上の世帯員の氏名をご記入ください。

世帯員

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

添付書類

(1)健康保険証の写し

(2)振込先口座(通帳)の写し

(3)障がいの方は障害者手帳の写し

市記入欄

障害者の手帳の内容 (身体・知的・精神)	障 害 程 度	1・2・3・() 級		A ()・ B ()	
	交付 (再認定) 年月日	年 月 日	手帳番号	第 号	
障害認定状況	認 定 の 内 容	第 号該当	確認書類	身体・知的・精神・年金	
	認 定 年 月 日	年 月 日	負担割合		
自立支援医療、自立支援給付					
所得状況	児童	児 童 手 当 準 拠	未満・以上	審査結果	県単・市単・非該当
	障害者	特別障害者手当準拠	未満・以上		
		所 得 税 課 税 状 況	課税・非課税	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
		所得課税状況	課税・非課税		
母子・父子	児 童 扶 養 手 当 準 拠	未満・以上			
備考					

記載する必要はありません