

様式第1号（第5条関係）

安曇野市福祉医療費資金貸付資格認定申請書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者

住所

氏名

印

電話

( )

次のとおり、福祉医療費資金貸付の資格認定について申請します。

なお、資格認定及び貸付実施に必要な所得状況等確認について、別紙のとおり同意します。

1 資格認定を受けたい者

氏名	生年月日	資格区分	受給者番号

2 資格認定を受けたい者と同一世帯に属する者及び生計を一にする者

氏名	生年月日	続柄	備考

3 医療費の支払いが困難な理由

4 貸付希望期間

年 月診療分から

年 月診療分まで

税務情報の閲覧に関する同意書

(宛先) 安曇野市長

本件の、資格並びに貸付決定に関わる所得状況等確認について、申請者及びその属する世帯全員の税務情報の閲覧について同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

世帯員 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)