

福祉医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

住所 安曇野市.....

申請者 氏名 (続柄.....)

電話 (.....)

下記により、福祉医療費受給者証の交付を申請します。
 また、受給資格者は下記口座へ振り込むことを承諾します。

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										
	受給資格者	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	資格要件 該当年月日	申請者との 続柄	受給者番号				
			・	*							
			・	*							
			・	*							
			・	*							
	・	*									
加入医療保険	被保険者氏名					保険者番号					
	被保険者証 発行機関名					記号					
						番号					
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 支店			フリガナ							
	信組・農協 支所										
	() ()			口座名義人							
種別	普通・当座・その他 ()			口座番号	左詰めで 記入						

本件の資格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。
 ※本市に税務情報がある申請者及び同一世帯全員の署名をお願いします。

申請者 氏名 _____

世帯員 氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

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
		世帯住民税課税状況	課税・非課税		
母子・父子	児 童 扶 養 手 当 準 拠	未満・以上			
備考					