

記載例

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

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	資 格 要 件 該 当 年 月 日	申請者との 続 柄	個人番号 ※1				受給者番号
	氏名、生年月日をご記入ください。			申請者との続柄、個人番号をご記入ください。				記載する必要はありません	
	. .								
	. .								
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名				保 険 者 番 号		加入している健康保険の内容をご記入ください。		
	保 険 者 名				記 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 信組・農協 ()		支店 支所 ()		フリガナ 口座名義人		福祉医療費の支給口座をご記入ください。		
	種 別		普通 当座・その他 ()		口 座 番 号		左詰めで記入		

※1 個人番号の記入がない場合、又は記入した場合でも加入医療保険情報と連携していない場合は、被保険者であることを示す証明書の提示又は写しの添付が必要となります。

16歳以上の世帯員の氏名をご記入ください。

税務情報の閲覧 同意欄

本件の資格に関わる所得状況等確認について、私の税務情報を市が閲覧することについて同意します。
(下記署名欄へ署名をお願いします。)

転入の方など、申請時において当市に地方税の課税権がない受給資格者及び受給資格者と同一生計世帯員につきましては、直近の所得を確認できる書類の添付が必要になります。 ※2 個人番号を記入した場合、書類の添付は不要となります。

受給資格者及び同一生計世帯員 署名欄	個人番号 ※2											
氏名												
氏名												
氏名												
氏名												
氏名												
氏名												
氏名												

添付書類

(1)振込先口座(通帳)の写し

(2)障がいの方は障害者手帳の写し

(3)健康保険被保険者であることが確認できる書類(健康保険資格
確認書等) の写し ※ただし、個人番号(対象者全員分)を記入した
場合、書類の添付は不要。

(4)転入の方は、転入した年の1月1日に住民票があった自治体で取
得した所得証明書。※ただし、個人番号(16歳以上の世帯員全員分)
を記入した場合、書類の添付は不要。