

福祉医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所

氏名 (続柄)

電話 ()

次のとおり福祉医療費受給資格者証の交付を申請します。
 なお、申請及び資格更新にあたって、次のことについて同意します。

- 1 受給資格要件の確認及び支給額決定のため、私及び私の世帯員に係る所得課税状況、住民基本台帳、障害者手帳、国民年金及び各種手当等に関する公簿等の資料を閲覧、調査すること。
- 2 貴町が支払った福祉医療費に係る療養について、後日、高額療養費等が生じた場合、その申請及び受領について町長に委任すること。

受給資格対象区分	1. 子ども ア. 就学前 イ. 小中学生 ウ. その他	2. 重度心身障害者 ア. 特別児童扶養手当法施行令別表第3の1級に該当する障害 イ. に該当する障害 ウ. 療育国民年金法施行令別表1級に該当する障害 エ. 身体障害者手帳1級又は2級手帳A	3. 母子・父子家庭等 1. 死別 2. 離婚 3. 生死不明 4. 遺棄 5. 海外 6. 精神又は身体の障害 7. 拘禁 8. 未婚 9. 父母のない児童
----------	---------------------------------------	--	--

交付事由 (※は新規のみ)	1. 新規 (出生・転入・その他事由) 2. 更新 ※交付事由発生日： 年 月 日	公費法別番号
------------------	---	--------

受給資格者	ふりがな氏名	生年月日	申請者との続柄	住所 ※申請者と異なる場合	受給資格者番号
①	-----	年 月 日			
②	-----	年 月 日			
③	-----	年 月 日			
④	-----	年 月 日			

医療保険の種類等	被保険者証発行機関名	1. 国保 2. 国保組合 3. 協会けんぽ 4. 健保組合 5. 共済 6. 後期高齢 7. その他 ()				
	記号・番号			保険者番号		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主	住所氏名			受給資格者①との続柄	
	付加給付	有 () ・ 無				

税法上の扶養親族の数 (母子・父子家庭等のみ)	控除対象扶養親族のうち16歳から18歳までの者 ----- 16歳未満扶養親族	人 ----- 人
----------------------------	---	-----------------

(市町村記入欄)

身体障害者手帳等の状況等	種別	身障手帳・国民年金証書・県認定調書・特児手当証書・療育手帳・その他				等級	
	記号番号		交付年月日	年 月 日	有効期限	永・ . .	
市町村民税	所得税	母/父 (有・無)	子1 (有・無)	子2 (有・無)	子3 (有・無)	子4 (有・無)	
有・無	旧所得税額	円	円	円	円	円	
母子家庭等事実確認書類 (公簿名、生活実態調書等)							
重心所得状況	本人	配偶者又は扶養義務者のうち最多所得者 ()					
控除後の所得額		円	円				
控除対象親族数		人	人				
限度額		円	円				
審査結果	資格認定年月日	証交付年月日	受給資格者証有効期間			要件確認印	
該当・非該当	年 月 日	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日				

(注) 旧所得税額は、所得税法等の一部を改正する法律 (平成22年法律第6号) による年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分の廃止がなかったものとして計算された所得税の額をいう。