福祉医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

(あて先)下仁田町長

申請者 住所
(保護者) 氏名

電話番号

来庁者 住所
氏名

電話番号

申請者との関係 ()

下仁田町福祉医療費の支給に関する条例第4条第1項の規定により、福祉医療費の支給を受けたいので、申請します。なお、申請に当たって、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、私及び世帯員の所得状況等について調査すること。
- 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。

受給資格区分		子ども・重度心身障害者・高齢重度障害者・母子家庭・父子家庭					
受給資格者	ふりがな 氏名	生年月日	性別	受給資格者番号	資格付与日		
	-----	年 月 日	男・女		年 月 日	出生・認定 転入・保取	
	-----	年 月 日	男・女		年 月 日	出生・認定 転入・保取	
	-----	年 月 日	男・女		年 月 日	出生・認定 転入・保取	
医療保険の加入状況	被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号	記号			番号		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名				続柄		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の住所	1 受給資格者と同じ 2 その他()					
	勤務先の名称						
	保険資格取得年月日	年 月 日					
	保険者の名称	()国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済組合・後期高齢					
	保険者番号					特定疾病 該・非	
他の医療費助成制度	1 自立支援医療 2 特定疾患 3 小児慢性特定疾患 4 その他()						
障害の状況 (※該当者のみ記入)	1 身体障害者手帳 (番号 . 級) 2 国民年金証書 (番号 . 級) 3 公的機関の証明 (認定年月日 . 級) 4 特別児童扶養手当 (証書記号番号 . 級) 5 療育手帳 (番号 .) 6 他市町村の証明 (上記の1・2・3・4・5に該当) ※永久認定・有期認定(終期 年 月 日)						
母子・父子家庭等資格要件 (※該当者のみ記入)	1 死別 2 離婚 3 未婚 4 生死不明 5 遺棄 6 海外 7 身障 8 拘禁 9 父母のない子						
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	人	16歳未満 扶養親族	人	所得税	有・無	
区分	町・県	町民税	有・無・未	旧所得税※	有・無	処理日	

※旧所得税とは、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をいう。