

福祉医療受給資格認定申請書

年 月 日

(申請先)東御市長

(申請者)住 所

氏 名

印

電話番号

個人番号

申請者記入欄	(ふりがな)				生年月日	年 月 日	
	受 給 者 名						
	個 人 番 号						
	受給資格区分	1 乳幼児・児童	出生・転入 平成 年 月 日				
		2 障がい者	手帳の種類(身障・療育・精神・年金別表) 級 交付事由発生年月日 年 月 日				
		3 母子・父子家庭等	子の氏名	生年月日	個人番号		
	事由発生年月日 年 月 日						
	保 険 証	種 別	国保 後期高齢 協会けんぽ 組合 共済 その他 ()			本人・家族の別 本人 家族	
		保険者番号		保険証の記号・番号			
		記号	番号				
被保険者氏名		附加給付金の有無		有 () 無			
金融機関名		預金種別	普通預金 ・ 当座預金				
銀行・農協・組合・金庫支店		口座番号					
		口座名義 (カタカナで記入してください)					
<p>上記により、福祉医療費給付金の受給資格者証の交付を申請します。また受給資格審査等のため私の世帯の住民基本台帳、市県民税・所得課税状況、児童扶養手当・特別児童扶養手当、特別障害者手当等の支給状況等を東御市が調査すること及び福祉医療費給付金の受給のため、レセプト内容及び保険給付状況等について、加入医療保険者へ東御市が照会することを同意します。</p>							

市役所記入欄	公簿等確認済 / 印		課税状況等			
	住民票 税 その他 ()	住民税の課税状況	所得割	均等割	非課税	
	該当区分コード	所得税の課税状況	課税	非課税		
	添付書類 <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	所得金額	円			