

障がい者 母子家庭の母子等 父子家庭の父子 自立支援医療、難病
--

村 長	副村長	課 長	係 長	係

福祉医療費給付金受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

阿智村長 様

下記のとおり福祉医療費給付金受給者証の交付申請をします。

併せて、受給資格取得のため、受給者本人及び配偶者・扶養義務者等の所得状況を確認すること、及び給付額算定にあたっては、医療機関等から診療報酬明細書の写しを提供してもらうことに同意します。

申請者	住 所	阿智村									
	氏 名	印			受給者との続柄						
受給者	加入医療保険	記号				番号					
		保険者番号及び名称									
	氏 名	生年月日					受給者番号				
		明・大・昭・平・令 年 月 日									
		明・大・昭・平・令 年 月 日									
		明・大・昭・平・令 年 月 日									
振込口座	八十二銀行 支店 飯田信用金庫 みなみ信州農協 支所 銀行	口座種目	1 普通 2 当座 3 貯蓄								
		フリガナ									
		口座名義人									
		口座番号									

役場 処理 欄	受給区分	障害者（ ）・母子・父子・自立支援医療・難病									
	所得制限	特別障害者手当（制限内・制限以上） 児童扶養手当（制限内・制限以上） 所得税（課税・非課税）、住民税（課税世帯・非課税世帯）									
		事 由	転入・手帳交付・離婚・死別・その他（ ）								
	交付年月日	年 月 日									
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで									

障がい者
母子家庭の母子等
父子家庭の父子

所得確認の調書

年 月 日

下記のとおり、相違ありません。

申請者	住 所	阿智村			
	氏 名		電話番号 ()		
受給者及び扶養親族等					
受給者との続柄	氏 名	生年月日	所得額	所得 税額	住民税
受給者		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非
		M・T・S・H・R . .			課・非

役場 処理 欄	資格区分	障害者 () ・ 母子 ・ 父子		
	所得制限	特別障害者手当 (制限内 ・ 制限以上) 児童扶養手当 (制限内 ・ 制限以上) 所得税 (課税 ・ 非課税)、住民税 (課税世帯 ・ 非課税世帯)		
	判定年月日	年 月 日		
	判 定	該当 ・ 非該当 確認者：民生課 氏名 印		