

福祉医療費受給者証交付申請書

受給者	区分	ふりがな		兵庫県赤穂郡上郡町 居住地 (住所)			
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		個人番号					
① 保護者 または 扶養義務者		氏名	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ		
		個人番号					
		氏名	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ		
		個人番号					
所得状況		受給者の所得状況	配偶者の所得状況		①の扶養義務者の所得状況		
扶養親族等控除		② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)	人 (人)	人 (人)	人 (人)		
③ 前年の所得額		円	円	円	円		
控除	雑損	円	円	円	円		
	医療費	円	円	円	円		
	社会保険料	円	円	円	円		
	小規模企業共済等掛金又は配偶者特別控除	円	円	円	円		
	障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※	円	人 ※	円	人 ※	円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※	円	人 ※	円	人 ※	円
	障害者、特別障害者、老年者、勤労学生の特	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
	寡婦(父)控除・寡婦特別控除(母及び父を除く)	寡・寡特・みなし(寡・寡特)	円	寡・寡特・みなし(寡・寡特)	円	寡・寡特・みなし(寡・寡特)	円
	老人扶養親族加算	円	円	円	円	円	円
	特定扶養親族加算	円	円	円	円	円	円
地方税法附則第6条第2項又は租税特別措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律附則第8条の免除に係る所得額	円	円	円	円	円	円	
本年の災害、医療費	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
※ 控除後の所得額		円	円	円	円		
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所		
	⑤ 保険種別	政・組・日・船・共・国	被保険者証の記号番号		附加給付の有無		
	被保険者証発行機関名		所在地				
⑥ 受給者証交付申請事由		1. 条例第2条(1)～(4)及び規則第2条(1)に新たに該当するようになったため 2. 転入してきたため 3. 保険に新たに加入したため 4. その他 () (交付事由発生日 年 月 日)					
※ 審査							
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 資格認定について保護者又は扶養義務者の税務情報による所得等並びに住基情報等による調査を承諾します。 兵庫県後期高齢者医療広域連合と町による高額療養費等の給付調整に必要な被保険者及び受給者情報並びに給付情報等の取得または提供について同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">兵庫県赤穂郡 上郡町長 あて</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">住所 兵庫県赤穂郡上郡町</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(個人番号:)</p> <p style="text-align: center;">TEL ()</p> </div> </div>							

※印欄は記入しないで下さい。