

福祉医療費受給資格者認定申請書

															年	月	日
(宛先) 前橋市長																	
申請者		住所															
		氏名 (受給資格者との続柄)															
		電話番号															
来庁者		住所															
		氏名 (申請者との続柄)															
		電話番号															
前橋市福祉医療費の支給に関する条例第4条第1項により、福祉医療費の支給を受けたいので、申請します。 なお、申請にあたって、次のことに同意します。																	
1 受給資格要件の確認及び支給額決定のため、受給資格者及びその世帯員並びに加入健康保険の被保険者、組合員、加入者又は世帯主の所得課税状況、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 貴市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市長に委任すること																	
制度区分		・ 子ども ・ 母子・父子家庭等 ・ 重度心身障害者 ・ 高齢重度障害者															
受給資格者	住所																
	フリガナ氏名		生年月日		個人番号						受給資格者番号		区分				
			年 月 日										県・市				
			年 月 日										県・市				
			年 月 日										県・市				
			年 月 日										県・市				
加入医療保険	保険者の名称								保険資格取得年月日		年 月 日						
	保険者番号								記号番号								
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主	住所															
		氏名								続柄							
		個人番号								市民税		有・無・未					
障害区分 (該当者のみ記入)		1 身体障害者手帳1、2級 2 障害年金1級 3 県認定(障害年金1級相当) 4 療育手帳A判定 5 特別児童扶養手当1級 6 知能指数35以下															
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 海外にいる 7 拘禁 8 配偶者障害 9 父母のない子															
所得の状況 (該当者のみ記入)		対象者区分		控除後の所得額				控除対象扶養親族の人数		限度額							
		受給資格者		円				人		円							
		扶養義務者		氏名						個人番号							
円				人		円											
(市町村記入欄)																	
重度心身 高齢重度		身障手帳・年金証書・療育手帳・特児証書・県認定調書・その他 ()										等級					
		番号等		交付年月日		年 月 日		有効期限		永久認定・		年 月 日					
母子・父子家庭等		戸籍・その他 ()										旧所得税		有・無			
資格結果		資格認定年月日		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											