

福祉医療費受給資格者認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 前橋市長

申請者 住所 前橋市大手町二丁目12番1号
氏名 赤城 太郎 (受給資格者との続柄 父)
電話番号 090-0000-0000
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

Table with columns: 住所 (同上), フリガナ氏名 (アカギ ハナコ 赤城 花子), 生年月日 (令和〇年〇月〇日), 個人番号, 受給資格者番号, 区分 (県・市)

Table with columns: 加入医療保険 (前橋市国保), 保険者番号 (100016), 住所 (前橋市大手町二丁目12番1号), 氏名 (赤城 太郎), 続柄 (子), 個人番号, 市民税 (有・無・未)

Table with columns: 障害区分 (該当者のみ記入), 母子・父子家庭等資格要件 (該当者のみ記入), 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

(市町村記入欄)

Table with columns: 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, 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)