受付印

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書

□ 子ども

菰野町長あて

令和　　年　　月　　日

申 請 者
住　　所　三重郡菰野町

氏　　名　　(受給者との続柄:　　)

ＴＥＬ　　－　　－
※昼間連絡のとれる電話番号（上記以外あれば記入）
ＴＥＬ　　－　　－　　(受給者との続柄:　　)

福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
福祉医療費受給資格認定及びその更新に当たり、菰野町が手続きに必要な者の地方税関係情報等必要事項を取得することに同意します。

宛名番号：＿＿＿＿＿＿

個人番号							
助成対象者(子ども)	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年　月　日	
	氏名						
	住所	□申請者と同じ □申請者と異なる：三重郡菰野町					
振込口座	銀行・農協 信用(金庫・組合)					支店 出張所	
	名義人 (カタカナ)		種別	普通・当座	番号		
加入保険	※資格確認書または資格情報のお知らせ等の写し添付						

受給者番号：＿＿＿＿＿＿

保護者(父・母)	続柄	氏名	生年月日	個人番号	宛名番号
	父		年　月　日		
	住民登録地	前年1月1日時点　(**※菰野町以外の場合ご記入**ください。)			
		今年1月1日時点　(**※菰野町以外の場合ご記入**ください。)　□ 同上			
	続柄	氏名	生年月日	個人番号	宛名番号
	母		年　月　日		
	住民登録地	前年1月1日時点　(**※菰野町以外の場合ご記入**ください。)			
		今年1月1日時点　(**※菰野町以外の場合ご記入**ください。)　□ 同上			

※住民登録地が菰野町であって異なる自治体で住民税が課税されている場合(住登外課税)は、その市区町村をご記入ください。

決裁欄	電算処理	未・済	区分	県単・町単	認定日	年　月　日 出生・転入・認定			
	備考				R　.1.1	父/住所 有・無 母/住所 有・無	こども家庭課	入力者	電算
					R　.1.1	父/住所 有・無 母/住所 有・無	／		