

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書

 一人親家庭等

受付印

菰野町長あて

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者

住 所 菰野町

大字潤田1250番地

氏 名

菰野 太郎

(受給者との続柄: 本人)

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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: _____

受給者番号: _____

個人番号								
助成対象者 (親)	フリガナ	コモ/ タロウ			性別	男・女	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	菰野 太郎(助成対象者:親)						
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる: 三重郡菰野町						
	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。) <input type="checkbox"/> 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。								
振込口座	〇〇〇		銀行・農協		〇〇		支店出張所	
	信用(金庫・組合)							
名義人(カタカナ)	コモ/ タロウ (助成対象者口座)		種別	普通・当座	番号	1 2 3 4 5 6 7		
加入保険	※加入健康保険証の写し添付							

◆助成対象者(子) ※4人目以降は裏面に記入

氏名	性別	生年月日	個人番号	宛名番号	受給者番号
菰野 花子	女	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

◆扶養義務者(同住所地の直系親族、健康保険被保険者本人等) ※2人目以降は裏面に記入

氏名	性別	親からみた続柄	生年月日	個人番号	宛名番号
菰野 一郎	男	父	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。) <input type="checkbox"/> 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	子ども家庭課	入力者 電算
	備考	R . 1. 1	父・母/住所	有・無	扶養義務者/住所	有・無	裏面 あり・なし		

宛名番号 : _____

受給者番号 : _____

◆助成対象者（子） ※4人目以降

氏名	性別	生年月日	個人番号	宛名番号	受給者番号
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

◆扶養義務者（同住所地の直系親族、健康保険被保険者本人等）※2人目以降

氏名	性別	親からみた続柄	生年月日	個人番号	宛名番号
			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。） <input type="checkbox"/> 同上				
氏名	性別	親からみた続柄	生年月日	個人番号	宛名番号
			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。） <input type="checkbox"/> 同上				
氏名	性別	親からみた続柄	生年月日	個人番号	宛名番号
			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。） <input type="checkbox"/> 同上				
氏名	性別	親からみた続柄	生年月日	個人番号	宛名番号
			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。） <input type="checkbox"/> 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。