

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書

子ども（未就学児・小学生・中学生）

受付印

菰野町長あて

令和 年 月 日

申請者

住 所 菰野町

氏 名

(受給者との続柄：)

電話番号

※昼間連絡のとれる電話番号（上記以外にあれば記入）

電話番号

(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： _____

受給者番号： _____

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる： 三重郡菰野町						
振込口座	銀行・農協 支店				信用（金庫・組合） 出張所			
	名義人 （カタカナ）	種別	普通・当座	番号				
加入保険	※加入健康保険証の写し添付							

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。） <input type="checkbox"/> 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。） <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		
	備考				R . 1 . 1	父/住所 有・無	子ども 家庭課	入力者 電算	
					R . 1 . 1	母/住所 有・無	/		
						父/住所 有・無			
						母/住所 有・無			