

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

菟野町長あて

令和 年 月 日

申請者

住 所 菟野町

氏 名

(受給者との続柄：)

電話番号

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、菟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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる：三重郡菟野町				
	住民登録地	前年1月1日時点（※菟野町以外の場合ご記入ください。） 今年1月1日時点（※菟野町以外の場合ご記入ください。） <input type="checkbox"/> 同上				
※住民登録地が菟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	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	※資格確認書または資格情報のお知らせ等の写し添付					

◆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
		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
			年 月 日		
住民登録地	前年1月1日時点（※菟野町以外の場合ご記入ください。）				
	今年1月1日時点（※菟野町以外の場合ご記入ください。） <input type="checkbox"/> 同上				

※住民登録地が菟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・母/住所	有・無	扶養義務者/住所	有・無	子ども家庭課
	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。