

様式第1号（第4条関係）

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書

受給資格証番号		種 別	1	2	3	5
			障がい者	一人親家庭等	子ども	障がい者 (65心障)
対象者	氏 名	住 所				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女	申請者からみた続柄	
加入 医療 保険	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	住 所				
	記 号 ・ 番 号	続 柄		資 格 取 得 日	年 月 日	
	保 険 者 の 名 称	保 険 者 番 号				
	保 険 者 所 在 地					
振込口座	銀行・信用金庫 農協	支店	口座番号	普・当	口座名義人	

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定（更新）を受けたく申請します。

なお、町長が所得状況等その他受給資格認定（更新）に必要な事項及び診療報酬明細書（レセプト）等その他医療費助成に必要な事項の調査を行い、関係機関が回答することに同意します。

年 月 日

申請者 住所
 (助成を受ける方又は保護者等) 氏名 印
電話番号

朝 日 町 長 様

同 意 書

下記の者は、朝日町が朝日町福祉医療費の助成に関する条例施行規則第4条に基づく事務手続きを処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意書	申請者からみた続柄											
	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	氏名 <small>ふりがな</small>											
	生年月日	年			月			日				
	住 所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者からみた続柄											
	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	氏名 <small>ふりがな</small>											
	生年月日	年			月			日				
	住 所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者からみた続柄											
	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	氏名 <small>ふりがな</small>											
	生年月日	年			月			日				
	住 所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意書	申請者からみた続柄											
	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	氏名 <small>ふりがな</small>											
	生年月日	年			月			日				
	住 所											<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要綱

1. 同意する者が自ら署名を行うこと。
2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
3. 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
4. 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。