

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

太枠内をご記入ください。

受給者		区別	移・障・乳	ふりがな 氏名		男・女	居住地 (住所) 新温泉町				
配偶者				氏名							
① 扶養義務者				氏名							
				受給者との続柄							
所得状況			受給者の所得状況			配偶者の所得状況			①の扶養義務者の所得状況		
扶養義務者											
②同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数）			人（人）			人（人）			人（人）		
※③前年の所得額			円			円			円		
※④ 控除	雑損・配偶者		円			円			円		
	医療費		円			円			円		
	社会保険料		円			円			円		
	小規模企業共済等掛金		円			円			円		
	障害者（特別障害者を除く）である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※ 円			人 ※ 円			人 ※ 円		
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※ 円			人 ※ 円			人 ※ 円		
	障害者・特別障害者・老年者・寡婦・勤労学生の特例		障・特障 寡・勤 ※ 円			障・特障 寡・勤 ※ 円			障・特障 寡・勤 ※ 円		
	地方税法附則第6条第2項又は租税特別措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律（昭和47年法律第14号）附則第8条の免除に係る所得額		円			円			円		
	本年の災害・医療費		円 ※ 円			円 ※ 円			円 ※ 円		
※ 控除後の所得額			円			円			円		
課税所得額			円			円			円		
課税区分			課税・非課税			課税・非課税			課税・非課税		
⑤ 加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所						
	保険種別		協・組・日・船・共・国		被保険者等 記号・番号		資格 取得日				
	保険者の名称		保険者番号			所在地					
⑥ 申請事由	1. 条例第2条に該当するようになったため										
	2. 転入してきたため										
		3. 保険に新たに加入したため									
		4. 被用者被保険者が被扶養者又は国民健康保険の被保険者となったため									
		5. その他（ ）（交付事由発生年月日 令和 年 月 日）									
※審査						判定区分		補助・町単		一般・低	
上記のとおり、福祉医療費受給者証の交付を申請いたします。											
令和 年 月 日											
申請者 住所 新温泉町											
新温泉町長 様 氏名											
(TEL -)											

※印の欄は記入しないでください。 ※裏面をご記入ください。

福祉医療費受給者証交付に関する調査同意書

新温泉町長 様

福祉医療費受給者証の交付申請を行うに際し、貴職が住民基本台帳及び世帯員全員の所得確認のため町民税課税台帳の閲覧をすることに同意します。また、年度更新時の処理につきましても同様とします。

交 付 申 請 者						(印)
住 所 (町内名)		新温泉町 ()				
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	T ・ S ・ H ・ R . .			

世帯員の記名・押印

[illegible]

※年齢を問わず、世帯員全員の記名・押印をお願いします。

※障害・幼児・その他記名が困難な方につきましては家族等の方に記載していただいても結構です。（押印は必要です。）

※不備があった場合再度提出をお願いすることもありますので、記入漏れのないようお願い致します。