

様式第3号（第4条関係）

福祉医療費受給者証（交付更新）申請書

新温泉町長 様

年 月 日申請

下記のとおり、福祉医療費受給者証の交付を申請いたします。

区分	母・父・遺	氏名	住所	扶養義務者 母等との続柄 ()	
		ふりがな		ふりがな	
		年 月 日生 (男・女)	電話 ()	年 月 日生 (男・女)	
受給者	氏名	住所	母子等との続柄	受給者番号	
	ふりがな			補助・町単 (一・低)	
	年 月 日生 (男・女)				
	ふりがな			補助・町単 (一・低)	
	年 月 日生 (男・女)				
	ふりがな			補助・町単 (一・低)	
	年 月 日生 (男・女)				
加入保険	被保険者氏名 (国保の場合は世帯主)	母等との続柄	被保険者等記号・番号		
	保険者名称 (保険者番号)	保険種別	協・組・日・船・共・国		
交付事由	1 配偶者又は両親と死別 2 配偶者と離婚 3 配偶者又は両親から遺棄 4 配偶者又は両親が長期にわたって労働能力を失っている (事由発生) 5 婚姻によらないで母又は父となった 6 その他 ()				
養育費 ※他制度（児童扶養手当）での申告額と相違しないように正確にご記入ください。	子の氏名	養育費			
		年額	円		
		年額	円		
		年額	円		
所得状況	母等	扶養義務者			
課税区分	課税・非課税	課税・非課税			
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族数)	人 (人)	人 (人)			
前年の所得額	円	円			
控除	社会保険料	円	円		
		円	円		
控除後の所得額	円	円			

太枠内をご記入ください。

※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年度更新を行うに際し、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。

交付申請者				⑩
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

	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩

※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。