

世帯コード

重 福祉医療費受給者証交付申請書兼受給資格者台帳(重度心身障がい者)

受給資格者番号

1 岐阜県 2 県外

資格者 受給者	氏名		生年月日		住所 各務原市 (TEL - -)		続柄 本人		発行者	手帳番号	等級	割引	備考	受給資格者整理番号		
	交付年月日										1→1種 2→2種 3→否					
	受給者									療育					1→A1 2→A2 3→B1 4→B2	配偶者整理番号
											戦傷					
	受給資格者の配偶者									精神					有効期限 .	被保険者整理番号
扶養義務者	被保険者氏名		生年月日		住所		続柄		無 . 有							
	加入保険	1 市国保 2 組合同保 3 協会 4 組合 5 船員 6 日雇 7 共済 8 後期高齢		前期高齢受給者証	記号番号	保険者名	負担者番号	住所	(資格取得日 . . .)							
金の割合 負担	割		上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格の認定及び更新にあたり、受給者、その配偶者及び扶養義務者の税務資料の閲覧について承諾するとともに、高額療養費の請求及び受領について、世帯主(被保険者)は、各務原市長へ委任します。						年 月 日 転入							

各務原市長

年 月 日

各務原市

住所

申請者 氏名

世帯主

前住所	
個人番号	<ul style="list-style-type: none"> ・受給資格者： ・受給資格者の配偶者： ・扶養義務者： ・被保険者：

受給資格者	所得額	控除額	控除後の所得額
受給資格者の配偶者	所得額	控除額	控除後の所得額
扶養義務者	所得額	控除額	控除後の所得額

証交付申請理由	1 認定請求 2 転入 3 保険加入 4 手帳更新 5 生保廃止 6 所得超過解消 7 その他		
証交付	年 月 日	受給開始	年 月 日
証返還	年 月 日	証再交付	年 月 日
証更新	年 月 日	証再交付	年 月 日
資格喪失	年 月 日	理由	

口座振込	銀行 信用金庫 農協	支店	普通口座	口座番号	口座名義人 ふりがな
------	------------------	----	------	------	---------------

上記の申請により
受給者証を交付してよろしいか

審査 適否	決裁	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員

