

# 福祉（移・障・高）医療費受給者証交付申請書兼台帳

受付印

受給者番号		処 理 欄			交 付 決 裁		
		(台帳)	(入力)	(所得区分)	(課長)	(総括係長)	(係)
ふりがな		性別		※太字の枠内のみ、記入ください。			
(移・障・高障) 受給者氏名		男 女	住 所 等	稲美町			
生年月日		M・T・S・H・R	年 月 日	TEL( ) -			
世帯状況	1	保護者又は配偶者	受給者との続柄		※転入等により所得を確認できない場合は、住民税の所得課税証明書が必要になります。		
	2	保護者又は扶養義務者	受給者との続柄				
※受給者と住所が異なる場合は、住所、氏名、生年月日などを裏面に記入してください							
他公費優先		助成対象児童の氏名		生 年 月 日			
有	こ・障			H・R	年 月 日	〈本人確認書類〉	
有	こ・障			H・R	年 月 日	1 運転免許証	
有	こ・障			H・R	年 月 日	2 健康保険証	
有	こ・障			H・R	年 月 日	3 その他( )	
加入医療保険	被保険者名又は組合員名		受給者との続柄		所得状況確認		
	住 所		□受給者と同じ			年度 制限内・制限超過	
	保険種別		社・国・国・後保・保・組・期	記号	記号	番号	判定基準所得 円
	資格取得日(認定)年月日		(生年月日と同一の場合は不要) ※受給者が保険に加入した日		S・H・R	年 月 日	判定所得割額 円
高障の場合	振込金融機関名		銀行・金庫		本店		
	普通当座		組合・農協		支店		
	ふりがな		銀行・金庫		本店		
	名義人		組合・農協		支店		
上記の(移・障・高)医療費受給者証の交付を申請します。 なお、資格認定審査について貴町が世帯状況や所得状況を調査することを承諾します。							
令和 年 月 日		申請者 住所 □受給者と同じ		有効期限 自 至			
氏名		受給者との続柄		資格発生事由			
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		( )		1.年齢到達			
稲美町長 様		( )		2.転入により 令和 年 月 日			
				3.保険取得 令和 年 月 日			
				4.障害等認定 令和 年 月 日			
				手帳等の種類 (身・療・精 級)			
				5.その他 令和 年 月 日			
				( )			
				添付書類			
				□加入健康保険証 ※稲美町国保・稲美町後期は不要			
				□所得課税証明書 ※転入等必須			
				□その他( )			

① 保護者又は配偶者

ふりがな			性別	住所等	<input type="checkbox"/> 前頁、加入医療保険に同じ  TEL(            )            —
氏名	<input type="checkbox"/> 前頁、世帯状況①保護者又は扶養義務者に同じ		男 女		
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日			

② 保護者又は扶養義務者

ふりがな			性別	住所等	<input type="checkbox"/> 前頁、加入医療保険に同じ  TEL(            )            —
氏名	<input type="checkbox"/> 前頁、世帯状況②保護者又は扶養義務者に同じ		男 女		
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日			

住所が異なる理由

<input type="checkbox"/> 就労のため <input type="checkbox"/> 就学のため <input type="checkbox"/> その他 理由：
--