

由仁っ子医療費受給資格認定申請書

年 月 日

由仁町長 様

由仁っ子医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

また、世帯員の所得課税状況や町の債権の納税又は納付状況など、認定及び助成を受けるために必要な調査を行うことに同意します。

住所 由仁町

申請者 氏名 _____ 印

電話番号 _____

※必ず押印してください。

| | | | | |
|-----------|---------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 保 護 者 | 氏 名 | | 住 所 | 由仁町 |
| | 生年月日 | 年 月 日生 <small>和暦で記入</small> | 電話番号 | |
| 受 給 対 象 者 | 氏 名 | | | |
| | 性 別 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日生 <small>和暦で記入</small> | 年 月 日生 <small>和暦で記入</small> | 年 月 日生 <small>和暦で記入</small> |
| | 同居・別居の別 | 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 |
| 医 療 保 険 | 保 険 者 名 | | 記号番号 | |
| | 勤 務 先 名 | | 付加給付 | 有 ・ 無 |

注意：助成を受けた医療費について、学校などの管理下での負傷や疾病による給付金又は医療保険の高額療養費及び付加給付の支給を受けたときは、助成金を返還していただく場合があります。

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|---|----------|---|--|--|--|--|
| 担 当 記 入 欄 | | 備 考 | | | | | | | | |
| | 審 査 | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>・所得額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>・所得制限限度額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">課税 ・ 非課税</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>認定 (年 月 日) <input type="checkbox"/>却下 (年 月 日) 却下理由 </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>・所得額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>・所得制限限度額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">課税 ・ 非課税</td> </tr> </table> | ・所得額 | 円 | ・所得制限限度額 | 円 | 課税 ・ 非課税 | | <input type="checkbox"/> 認定 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 却下 (年 月 日) 却下理由 | |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td>・所得額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>・所得制限限度額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">課税 ・ 非課税</td> </tr> </table> | ・所得額 | 円 | ・所得制限限度額 | 円 | 課税 ・ 非課税 | | <input type="checkbox"/> 認定 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 却下 (年 月 日) 却下理由 | | | |
| ・所得額 | 円 | | | | | | | | | |
| ・所得制限限度額 | 円 | | | | | | | | | |
| 課税 ・ 非課税 | | | | | | | | | | |
| 受給対象者氏名 | 道補助対象 | | | | | | | | | |
| | 該当 ・ 非該当 入院 ・ 入院外 | | | | | | | | | |
| | 該当 ・ 非該当 入院 ・ 入院外 | | | | | | | | | |
| | 該当 ・ 非該当 入院 ・ 入院外 | | | | | | | | | |