

医療費受給資格認定申請書

年 月 日

由仁町長 様

次のとおり医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

なお、受給者証の交付に必要な世帯員の課税台帳等の公簿の閲覧等に同意し、取得期間中も同様とします。

また、高額療養費が生じたときは、その請求及び受取を由仁町へ委任します。

区 分	由仁っ子医療						
申 請 者	住 所						
	フリガナ氏名	印	生年月日	年	月	日	
	個人番号		電話番号				
配 偶 者	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日	
	個人番号		居住区分	同 ・ 別			
受給対象者	フリガナ氏名	生 年 月 日	性別	居住区分	続柄	障害手帳	
		個 人 番 号					
	1	年 月 日		同・別		無・有	
	2	年 月 日		同・別		無・有	
	3	年 月 日		同・別		無・有	
	4	年 月 日		同・別		無・有	
健康保険							
申請事由等	出生 転入 その他 ()						
発 生 日	年 月 日						
備 考							

※ 審 査 内 容		
所 得 状 況	添 付 書 類	
・ 所得額 _____ 円 ・ 控除額 _____ 円 ・ 制限額 _____ 円 課税 (所得制限 内・外) ・ 非課税	・ 保険証 (写) ・ 所得証明書 ・ 同意書	受付印