

受 付	年 月 日		決 裁	年 月 日		発 行 番 号 簿	年 月 日	
部 長	課 長	補 佐	係 長	係 員	合 議	返戻保留カード	台 帳	判 定 依 頼
						再提出月日		回 答 月 日
						医療証(資格証)発行の要否	要 否	

福祉医療費医療証（資格証） 交付・再交付・更新 申請書

福 祉 医 療 対 象 者	フリガナ			居 住 地					
	氏 名								
	生年月日								
	過去における当該市町 村の医療証等の番号								
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			福祉医療対象 者との続柄			住 所		
	保 険 種 別			被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			附 加 給 付 等 の 有 無	有 無	
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
手 帳 の 内 容		療 育 手 帳	手帳番号	第	号	総合判定			
		身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	第	号	障害等級	種 級		
		精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	第	号	障害等級	種 級		
医療証 交 付 再交付 申請事由 (資格証) 更 新 (該当するものを○で囲む)	1. 65歳以上のねたきり老人となったため 2. 重度障がい者（重複重度障がい者を含む）となったため 3. 転入してきたため 4. 世帯構成の異動のため				5. 保険に新たに加入したため 6. 更新のため 7. その他（ （交付事由発生日） ）				
対象者の所得の状況	1. 地方税法第295条第1項第2号により市町村民税非課税				2. その他（様式第18号「福祉医療費所得調査書」のとおり）				
※ 審 査	課税 ・ 非課税 ・ 20歳未満								
※ 決 定									

上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（再交付・更新）を申請します。
併せて福祉医療費助成事務のため必要が生じた場合、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、課税台帳の確認を行うことを承諾します。
また、安来市精神障害者通院医療費の委任払いするものうち福祉医療費の受領が発生する場合は、市長に委任し請求することを承諾します。

年 月 日

安来市長 様

住 所
申請者
氏 名
(福祉医療対象者との続柄)

記名押印又は署名

TEL