

記入例

様式第1号（第5条、第6条関係）

受付	年 月 日		決 裁	年 月 日		発行	年 月 日	
部長	課長	補佐	係長	係員	合議	番号簿	台帳	
						返戻保留カード	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	ヤスギ タロウ		居 住 地	安来市安来町878-2		
	氏名	安来 太郎					
	生年月日	昭和64年1月1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	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. 保険に新たに加わったため 6. 更新のため 7. その他（紛失のため） （交付事由発生年月日）		
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。

安来市長 様

年 月 日

申請者 住所 安来市安来町878-2
氏名 安来 太郎 記名押印又は署名
(福祉医療対象者との続柄 本人)
TEL 090-****-****

※提出日をご記入ください。