

池田町福祉医療費特別給付金受給者証交付(更新)申請書

池田町長 様

資格区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児等	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 精神手帳	<input type="checkbox"/> 精神通院	<input type="checkbox"/> 母子・父子
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

※本枠内を記入してください。乳幼児以外の転入者及び母子・父子家庭の方は裏面も記入してください。

受給資格者	住所	池田町大字				
	(フリガナ)氏名	生年月日		申請者との続柄	有効期限	受給者証番号(現物証番号)
	( )	T・S・H・R 年 月 日			~	( )
	個人番号					
	( )	T・S・H・R 年 月 日			~	( )
	個人番号					
	( )	T・S・H・R 年 月 日			~	( )
	個人番号					
加入医療保険	<input type="checkbox"/> コピーを添付し記入を省略					
	保険者番号			記号		
	保険者名称			番号		
	被保険者氏名			資格取得年月日	年 月 日	
振込先	銀行 金庫 農協 ( )	支店 支所 ( )	口座番号	普・当		
			名義人(カタカナ)			
<p>上記のとおり福祉医療費特別給付金受給者証の交付を申請します。                  また、本申請をもって翌年度以降の更新申請も併せて行ったものとみなしてください。                  なお、受給資格及び支給額の審査において、受給資格者及び受給資格者の世帯員の町県民税・所得税等課税状況、町税等滞納の有無、児童扶養手当・特別児童扶養手当・特別障害者手当等の支給状況及び加入医療保険における負担区分及び療養費支給状況等を池田町が閲覧・照会することに同意します。                  令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____                  氏名 _____                  電話番号 _____</p>						

《確認欄》※ここから下は記入しないでください。

申請区分	新規 ・ 更新	資格区分		特記事項	
保険証	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他	有効期限	~		
手帳・手当等	<input type="checkbox"/> 身体手帳 ( ) 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )	<input type="checkbox"/> 精神手帳 ( ) 級	<input type="checkbox"/> 自立支援(精神通院)	
	<input type="checkbox"/> 国民年金証書	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 公的医療 ( )	
受付印	保留	証交付年月日	所得公簿確認	認定	却下理由
		年 月 日	・ 所得データあり ・ 所得証明の添付あり 年 月 日		
		・ 窓口 ・ 郵送	確認者 印		

(裏面)

## 所得状況調書 (転入等で池田町に課税情報がない場合)

資格区分	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 精神手帳	<input type="checkbox"/> 精神通院	<input type="checkbox"/> 母子・父子
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

○所得・生計等の確認

・池田町に所得の申告済み		・前住所地の所得課税扶養証明書を添付 (未申告の方は所得の申告を行ってください。)		
本人及び同居者				
氏名	生年月日	受給者との続柄	勤務先・学校名	備考

○母子・父子家庭の方のみご記入ください。

手当・年金等の受給状況 (受給しているものに○をして下さい)	・児童扶養手当 ・遺族年金 ・障害年金
保護者の直系血族及び兄弟姉妹との 接触状況 (同居者以外、父母がいない場合は兄弟姉 妹について記入)	父母の居住地 _____ 交流状況 _____
<input type="checkbox"/> 婚姻関係にあるものはいません。 また、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものはいません。	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(受給資格者または保護者) 氏名

備考
----