|  |
| --- |
| 福祉医療費医療証（資格証）交付・変更・更新申請書様式第4号（第6条、第7条関係） |
| 福祉医療対象者 | フリガナ |  | 居住地 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 個人番号 |  |
| 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(枝番)　 |  | 付加給付等の有無 | 　　有　　無 |
| 被保険者証発行機関名 | 保険者番号（　　　　　　　　　　　） |
| 手帳の内容 | 手帳種別 |  | 手帳番号 |  | 障がい等級 |  |
| 手帳種別 |  | 手帳番号 |  | 障がい等級 |  |
| 公的年金等の受給状況該当するものを〇で囲んで下さい | １　受給している　　　　年金の種類　　恩給　　労災　　老齢　　退職　　障がい　　遺族　　　　３　申請中２　受給停止中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　）　　　　　４　受給していない |
| 医療証(資格証) | 交付変更更新 | 申請事由 | １　65歳以上の寝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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（交付事由発生年月日　　　　　年　　　月　　　日） |
| (該当するものを〇で囲む) |
| 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所得割非課税　　2 その他(様式第10号「福祉医療費所得調査書」のとおり)
 |
| ※　審　　　査 |  | * 決　　定
 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 口　座　振　替依　頼　欄 | 金融機関 |  | 口　座　種　別 |  | 口座番号 |  |
| 支　店　等 |  | 口座名義人(カナ) |  |
| 上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（変更・更新）を申請します。なお、福祉医療対象者及び同一世帯員の市民税における所得額及び控除額について、市民税課税台帳等により貴市が確認することに同意します。また、私が福祉医療対象者であることを加入医療保険の保険者に貴市から通知することについて同意します。 |
| 年　　　　月　　　　日出雲市長　　　　　　　　　　様 | 申請者 | 住所氏名 |