

福祉医療費受給者証交付申請書

43-1㊦ 43-2㊦

氏名	フリガナ	個人番号											
	(生年月日 年 月 日生)												

住所 福知山市 (Tel)

本人の配偶者 本人を扶養している人

氏名	フリガナ	氏名	フリガナ	続柄
	(生年月日 年 月 日生)	氏名	(生年月日 年 月 日生)	

個人番号		個人番号	
------	--	------	--

住所		住所	
----	--	----	--

認定基礎	01	身体障害者手帳 1級	05	療育手帳 A	08	精神障害者福祉手帳 1級
	02	身体障害者手帳 2級	06	療育手帳 B	09	精神障害者福祉手帳 2級
	03	身体障害者手帳 3級	07	身障3級及びIQ50以下	10	精神障害者福祉手帳 3級
	04	身体障害者手帳 4級				
	精神疾患に係る入院の有無		有・無		入院中の病院	
	交付番号		京都府第 号		交付日 . .	

加入状況 医療保険の	被保険者等の氏名	(生年月日 年 月 日生)	個人番号				続柄
	被保険者等の住所						
	保険者番号 (保険者名)					区分	1 本人 2 家族
						取得日	. .
記号・番号					交付日	. .	
					種別	1国 2国退 3他国 4協 5日 6組 7船 8共	

上記のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請をもって翌年度以降の更新も併せて申請したものとします。
 なお、この交付申請を行うにあたり、所得状況の審査(毎年度更新を含む)のため、私及び私の世帯に関して所得の調査をされることに同意します。

年 月 日

住所 福知山市

氏名

個人番号

福知山市長 様

この届出書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市福祉医療費給付事業に係る事務に利用します。

※下記は記入しないでください。

受給者番号		生保廃止日	. .
有効期間	. . ~ . .	交付年月日	. .
確認公簿	1 住民基本台帳	確認者 処 理	台帳入力 . .
	2 住民課税台帳		担当者
番号確認	実存確認	決 裁	課長 課長補佐 係長 係
			年 月 日

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）					
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・療育・精神） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）					
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請（ <input type="checkbox"/> 本人・代理人）	<input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未	対応者	