

福祉医療費の一部負担金限度額適用認定申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 | フリガナ | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | (生年月日 年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 福知山市 (TEL ー) | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり関係書類を添えて一部負担金限度額適用認定を申請します。 また、本申請をもって翌年度以降の更新も併せて申請します。 なお、申請及び更新に関して、私及び私の世帯の住民税課税台帳の閲覧をされることに 同意します。</p> | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 住 所 福知山市 | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| 福知山市長 様 | | | | | | | | | | | | |

この申請書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市福祉医療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

| 認定 | イ 市町村民税非課税証明書 ロ 公簿 <input type="checkbox"/> 国保賦課台帳 □課税台帳 ハ その他 (ニ 却下 (理由 :)) | 取得日 | ・ | ・ | 区分 | | 交付番号 (第 号) |
|----|---|--------|------|----|----|----|------------------|
| | | | | | I | II | |
| | | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | | |
| | | 決 裁 | | | | | |

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 連絡先電話番号 | |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 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 (.....) | | |
| 実存確認方法 | 写真付き (1種類) | <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"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 (.....) | |
| | 写真なし (2種類) | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <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 (.....) | |
| 手続き方法 | <input type="checkbox"/> 窓口申請 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 |

| | |
|-----|--|
| 取扱者 | |
|-----|--|