

## 記入例

## 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    フクチ   タロウ	個 人 番 号											
	<p style="text-align: center;">福知   太郎</p> <p style="text-align: center;">(生年月日   S〇〇年   〇月   〇日)</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
居住地	<p>福知山市   字内記 1 3-1</p> <p>(TEL   0773   —   00   —   0000   )</p>												
受給者番号	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           受給者番号は記入不要         </div>												
<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。</p> <p>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。</p> <p>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> <p style="text-align: center;">〇   年   〇   月   〇   日</p> <p style="text-align: center;">申請者      住   所   福知山市   字内記 1 3-1</p> <p style="text-align: center;">氏   名   福知   太郎</p> <p>福知山市長   様</p> <p>様式第1号の1   (第9条関係)</p>													

この届出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という。）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	取得		区 分	交付番号
	ロ 公簿 <input type="checkbox"/> 国保賦課台帳		・	Ⅰ ・ Ⅱ	(第
	<input type="checkbox"/> 課税台帳				号)
	ハ その他			係長	係
	( )				
	ニ 却下				
	(理由: )				
※ 確認 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 実存確認			取扱者 ( )		

裏面

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

代理人が窓口申請される場合、記入してください。

この申請書は、福祉医療制度（マル老）対象者のうち、住民税非課税世帯の人が対象となります。同封の「福祉医療費受給者証交付申請書」と合わせて申請してください。

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"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> （ ）		
	写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 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	
-----	--