様式第１号の１（第９条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書

㊦４１

氏名	フリガナ （生年月日　　年　　月　　日生）	個人番号
住所	福知山市 （TEL　　）	

配偶者		扶養義務者		
氏名	フリガナ （生年月日　　年　　月　　日生）	氏名	フリガナ （生年月日　　年　　月　　日生）	続柄
個人番号		個人番号		
住所	福知山市	住所	福知山市	

医療保険の加入状況				
	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		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当たり、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

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（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９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。

受給者番号				生保廃止日	・　・					
有効期間	・　・　～　・　・			転入日	・　・					
確認公簿	1　住民基本台帳 2　住民税課税台帳 3　その他（　　）	確認者	処理	台帳入力	・　・	決裁	課長	課長補佐	係長	係
				担当者						
番号確認		実存確認					年　月　日			