様式第４号（第１４条関係）

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	生年月日	年　月　日
住所	福知山市 （℡　－　）		
受給者番号			

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。

年　月　日

申請者　住　所　福知山市

氏　名

福知山市長　様

※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　□国保賦課台帳 □課税台帳 ハ その他 （　） ニ 却下 （理由：　）	取得日	・　・	区　分 Ⅰ・Ⅱ	交付番号 （第　号）	
		決裁	課　長	課長補佐	係長	係
※　確認　□本人確認				取扱者（　）		