

白馬村福祉医療費受給資格者証交付(更新)申請書

年 月 日										
白馬村長 宛										
申請者 住所 白馬村大字 城										
(記入した方) 氏 名										
印										
下記により、白馬村福祉医療費(母子家庭の母子等・父子家庭の父子)受給資格者証の交付(更新)を受けたいので申請します。なお、当該資格の認定に係る住民税データー等について公簿等により確認することについて承諾します。										
受給者住所		白馬村大字 城 番地			連絡先(電話番号)		- -			
受給対象者	氏 名		生年月日	続柄	同居	氏 名		生年月日	続柄	同居
加入医療		保険者名称					保険証の		記号	
保険名称等		保険者番号						番号		
被保険者		名 称								
勤務先等		所 在 地								
支払金融機関		名 称		銀行 支店						
(ゆうちょ銀行は振込用の店名・預金種目・口座番号)				金庫 支所						
				農協 店						
口座番号		普 通 座 貯 蓄				ふりがな		名 義 人		

確 認 欄									
氏 名		受給者	配偶者	扶養義務者	母子・父子家庭となった理由	1. 死亡 2. 離婚 3. 生死不明			
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人・特定扶養親族数)		人	人	人		4. 海外 5. 障がい 6. 拘禁			
所 得 額						7. 未婚の女子 8. その他			
児童扶養手当法施行令第3条の額					児童扶養手当の認定等	長児扶第 号			
控 除	障 害 者 障 人・特 人				認 定 ・ 却 下 年 月 日	年 月 日 村・県			
	老・寡・寡特・勤				有 効 期 限	年 月 日 から			
	配偶者特別控除					年 月 日 まで			
	そ の 他				交 付	年 月 日			
	児童扶養手当法施行令第4条第1項の額	80,000円	80,000円	80,000円	発 行	窓口渡 ・ 郵送 ・ ()			
控除後の所得額					受 給 者 番 号				
所得制限限度額	全部				備考				
	一部								
課 長	係 長	課 員			担 当				
					上記とおり確認しました。 年 月 日				
					印				