

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(子ども)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)
	氏 名			生年月日
保護者名				世帯主名
加入医療	保険者名称			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

審査等	被用者又は公務員であるか否かの別		1. 被用者又は公務員	扶 養 親 族 等 及 び 児 童 の 数		
			2. 被用者等でない者	人		
	令和 年度分所得額		〔うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数〕 人			
	控除額	雑 損			認 定 ・ 却 下	年 月 日 村・県
		医 療 費			年 月 日	
		小規模企業共済等掛金			有 効 期 限	年 月 日 から
		障害者(障 人・特障 人)				年 月 日 まで
		老年者・寡婦・寡夫・勤労学生			交 付	年 月 日
		児童手当法施行令第3条第1項			発 行	窓口渡 ・ 郵送 ・ ()
	控 除 後 の 所 得 額				受 給 者 番 号	
児童手当所得制限限度額	児童手当			備考		
	特例給付					
課 長	係 長	課 員		担 当		
				上記とおり確認しました。 年 月 日		
				印		