

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(障がい者(身障手帳3・4級))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	年 月 日	
保護者名			世帯主名		
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		ふ り が な 名 義 人		

確 認 欄

氏 名		配偶者	扶養義務者	受給者の所得税の課税		課税・非課税
				所持 手帳	区分等	種
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			級
		老(人)	老(人)	交付日	年 月 日	
所 得 額				認 定 ・ 却 下	年 月 日 村・県	
控 除	障 害 者			有 効 期 限	年 月 日 から	
	特 別 障 害 者				年 月 日 まで	
	障・特障・老・寡・寡特・勤			交 付	年 月 日	
	社 会 保 険 料 等			発 行	窓口渡・郵送・()	
				受 給 者 番 号		
				備考		
控除後の所得額						

課 長	係 長	課 員	担 当
			上記とおり確認しました。 年 月 日 印