

# 福祉医療費受給者証交付申請書

受付	調査	確認(係長)	承認(課長)	通知
(コード)配偶者		扶養義務者		

フリガナ 受給者	生年月日 昭 平 令 年 月 日	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市
フリガナ 配偶者 (同居者)	生年月日 昭 平 年 月 日	住所 (受給者と別住所の場合のみ)
フリガナ 扶養義務者 (同居者)	続柄 大 昭 平 年 月 日	住所 (受給者と別住所の場合のみ)

障がい区分	<input type="checkbox"/> 身障手帳 ( ) 級	手帳番号 第 号	交付・判定年月日 年 月 日	再認定・次回判定日・有効期限 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A			
	<input type="checkbox"/> 精神手帳 ( ) 級	認定区分 <input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神1級 <input type="checkbox"/> 重複等		
	<input type="checkbox"/> 知能指数判定書 ( )			

ひとり親区分	22:母小学 24:父 26:父中学 21:母 23:母中学 25:父小学	認定書類	5:児扶 4:遺族 6:その他	証書番号	支給開始年月日 令和 年 月 日
--------	--	------	--------------------	------	---------------------

保険者名	記 号	番 号
	被保険者氏名	資格取得年月日 年 月 日
保険者番号	受給者との 続 柄	

上記のとおり、関係書類を添えて福祉医療費受給者証の交付を申請いたします。

○申請者

令和 年 月 日 住所 長岡京市

氏 名 (受給者との続柄 )

長岡京市長 様 電 話

≪承諾書≫

福祉医療費受給者証の交付及び同証の今後の更新に際し、審査に必要な私の世帯の課税台帳、住民基本台帳等を市が閲覧することを承諾します。また、次の公簿についても市の閲覧を承諾します。

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳に関する公簿

児童扶養手当に関する公簿

令和 年 月 日

長岡京市長 様 受給者氏名

備考： <input type="checkbox"/> 所得証明待ち <input type="checkbox"/> 健康保険待ち <input type="checkbox"/> 身障・療育・精神手帳申請中( ) 級 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当・遺族年金申請中	審査結果	該当 ・ 非該当	
	受給者証番号		
	2	6	
確認公簿名	1 課税台帳	資格発生日	入力日
	2 住民台帳	令和	令和
	3 確認	年 月 日	年 月 日

申請者確認方法 免許証 マイナンバーカード その他 ( )

<所得審査欄>

所得状況		受給者		配偶者 (同居者)		扶養義務者 (同居者)	
同一生計配偶者及び 扶養親族の合計数		人		人		人	
加 算	うち老人扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	うち特定扶養親族の数 (障がい者医療のみ)	人	円	-		-	
前年の所得額		円		円		円	
控 除	社会保険料	円		80,000円		80,000円	
	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別控除	円		円		円	
	障がい者である同一生計 配偶者・扶養親族	人	円	人	円	人	円
	特別障がい者である同一 生計配偶者・扶養親族	人	円	人	円	人	円
	障がい者・特別障がい者・ 寡婦・ひとり親・勤労学生	障・特障・寡・親・勤 円		障・特障・寡・親・勤 円		障・特障・寡・親・勤 円	
	給与・公的年金所得者控除	給与・年金 円		給与・年金 円		給与・年金 円	
	本年災害・医療費	円		円		円	
控除後の所得額		円 課税・非課税		円 課税・非課税		円 課税・非課税	
所得基準額		円 以下・未満		円 未満		円 未満	