

【記入例】
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	ナガオカ タロウ 長岡 太郎	生年月日 昭 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所 ☒ 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)	ナガオカ キョウコ 長岡 京子	続柄 母 生年月日 大 昭 平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所 (受給者と別住所の場合のみ)

障がい区分	☐ 身障手帳 () 級 ☐ 療育手帳 A ☐ 精神手帳 () 級 ☐ 知能指数判定書 ()	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
	認定区分 ☐ 身障1・2級 ☐ 身障3級 ☐ 療育 ☐ 精神1級 ☐ 重複等			

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 6:その他 4:遺族	証書番号	支給開始年月日 令和 年 月 日
---	-------------------------	------	---------------------

保険者名	〇〇〇健康保険組合	記 号	〇〇	番 号	〇〇〇
		被保険者氏名	長岡 京子	資格取得年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	受給者との続柄	母		

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 長岡京市 開田1-1-1
氏 名 長岡 京子 (受給者との続柄 母)
長岡京市長 様 電 話 951-2121

《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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

長岡京市長 様 受給者氏名 長岡 太郎

備考： ☐ 所得証明待ち ☐ 健康保険待ち ☐ 身障・療育・精神手帳申請中() 級 ☐ 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 年 月 日	令和 年 月 日			
3 確認					

<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
加 算	うち老人扶養親族の数	記入不要		円
	うち特定扶養親族の数 (障がい者医療のみ)			円
前年の所得額				円
控 除	社会保険料			0円
	雑損			円
	医療費			円
	小規模企業共済等掛金			円
	配偶者特別控除			円
	障がい者である同一生計 配偶者・扶養親族			円
	特別障がい者である同一 生計配偶者・扶養親族			円
	障がい者・特別障がい者・ 寡婦・ひとり親・勤労学生			障 勤 円
	給与・公的年金所得者控除			円
	本年災害・医療費			円
控除後の所得額				円 非課税
所得基準額				円 以下・未満