

宮田村福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

【 障がい者 母子 父子 】

宮田村福祉医療費特別給付金給付条例の規定に基づき、受給資格の認定を申請します。なお、申請にあたり本人及び世帯員の課税台帳等関係資料を事務担当職員が閲覧することを承諾します。

令和 年 月 日

宮田村長様

住所 宮田村 番地

(区 班) ☎ -

申請者氏名 印

本人現住所	本人氏名	生年月日
宮田村	ふりがな 男	大・昭・平・令 年 月 日
	女	事由発生年月日
個人番号		平成・令和 年 月 日

申請事由

障がい者	<input type="checkbox"/> 身障手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1 <input type="checkbox"/> 療育手帳A2 <input type="checkbox"/> 療育手帳B1 <input type="checkbox"/> 指定難病該当
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳2級自立支援医療 <input type="checkbox"/> 特児1・2級
母子・父子	<input type="checkbox"/> 65歳未満国民年金別表1級 <input type="checkbox"/> 65歳以上国民年金別表該当
	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 父母のいない児童 <input type="checkbox"/> その他()

課税状況

本人	住民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	同居世帯員	住民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	所得税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		住民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

同居員・世帯員の状況(本人を除く)

氏名	続柄	個人番号	氏名	続柄	個人番号

加入医療保険

被保険者及び世帯主氏名	整理番号	本人区分
記号・番号	発行機関	<input type="checkbox"/> 本人
被保険者の勤務先	(保険者番号)	<input type="checkbox"/> 扶養

給付金の振込先

金融機関	銀行	支店	普通・貯蓄・他()	(フリガナ)
コード	信金	支所	番号	名義人
	農協			

市町村処理欄

事業番号	区分程度	受給者番号	0								
扶養義務者氏名		補助区分									
扶養義務者整理番号		<input type="checkbox"/> 補助対象 <input type="checkbox"/> 村単									
処理欄	課税状況等確認	高額区分	受給資格	入力	入力日	証交付	老健障害認定入力	障害認定			
		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		/			別表 基礎書類() 級			

* 受給資格について、関係公簿等により確認しました。