

福祉医療費(母子・父子)受給資格認定(更新)申請書

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所

氏 名

大学生等との続柄（ ）

電話番号

京丹後市重度心身障害者及び母子、父子家庭の医療費の支給に関する条例施行規則第7条の規定により、次のとおり申請します。なお、この申請以後、医療費の受給に關し所得等の確認が必要な場合は、担当職員が税務担当課の課税台帳等により確認することに同意します。

大学生等	フリガナ		学 校 名	
	氏 名		修学年月	年 月 ～ 年 月
	生年月日	年 月 日	学 年	
	住 所		学 校 所 在 地	
扶養している者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		続 柄	
	住 所			
	交付を受けている福祉医療証	交付有	証 番 号	
	交付無	有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

(添付書類)

- ・ 対象者、配偶者及び生計を維持する扶養義務者の前年の所得等を明らかにする書類
- ・ 対象者、配偶者及び生計を維持する扶養義務者がその年の1月1日において他の市町村(特別区を含む。)に住所を有していたときは、対象者等の前年の所得等を明らかにすることができる市町村長の証明書並びに扶養親族等の有無及び数についての当該市町村長の証明書
- ・ 教育施設に在学していることを証する書類
- ・ 扶養している者及び大学生等の健康保険証の写し

次の欄は、記入する必要がありません。

確 認 事 項	戸籍謄本(父・母・大学生等)	年度(年中)課税証明書
	外国人登録証明書	障害者手帳
	在学証明書・学生証	その他(住民票謄本)
	健康保険証 (父・母・大学生等)	