

(様式第1-3号)

飯山市福祉医療費特別給付金(障害者)受給者証交付(新規)申請書

平成 年 月 日

飯山市長 へ

下記のとおり申請します。

なお、資格確認のため、課税資料の閲覧を承諾します。

申請者 住所 飯山市(大字) (集落名)

氏 名 ⑩

ふりがな			男	生 年 月 日	電話番号	
受給者氏名			女	明・大 昭・平	携帯番号	
加入 医療保険	所在地				記 号	
	名 称				番 号	
	被保険者氏名			勤務先又は職業		
障 害 の 状 況 等	手帳等種類	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 精神障害者手帳 4 その他				
	等 級 等	1級	2級	3級	4級	A1 A2 B1 ()
	記号・番号	第 号	障 害 名			
	手帳交付年月日	. .				
口座振込 金融機関					口座名義(カナ)	
	支店 支所 出張所				口 座 番 号	
※ 特別障害者手当の 所得制限の状況	本 人	可	否	確 認 印		
	配偶者・扶養義務者	可	否			
※ 所得税課税状況	本 人	課 税	非課税			
	世 帯	課 税	非課税			
※ 市町村民税課税状況	本 人	課 税	非課税			
	世 帯	課 税	非課税			
※ 上記のとおり交付してよろしいですか。				※ 受給者番号		
係	係 長	課長補佐	課 長	※ 負担区分	県 ・ 市	
				※ 認定年月日	平成	年 月 日
				※ 交付年月日	平成	年 月 日

※欄は記入しないでください。