

(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。