

(様式第1号)

飯山市福祉医療費特別給付金(障害者)受給者証交付(更新)申請書

平成 年 月 日

飯 山 市 長 あて

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

印

受給者氏名	ふりがな	男・女	生年月日		電話	
			明・昭 大・平	・	・	携帯
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・証書等種類	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				
		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				口座名義人		
	支店 支所			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
		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。