

助 成 決 定 伺	課 長	課 員	担 当
令和 年 月 日			

障害者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

申請者 住所 金沢市

氏 名

電話 (—)

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

[illegible]

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

医療費の助成資格の認定に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

対 象 者	住所 金沢市												
	氏名 (署名又は記名押印)												
配 偶 者	住所						個人番号		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				
	氏名 (署名又は記名押印)						生年月日		<div> <div>T・S</div> <div>H・R</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div>				
扶 養 義 務 者	住所						個人番号		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				
	氏名 (署名又は記名押印)				対 象 者 との続柄				生年月日		<div> <div>T・S・H・R</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div>		
受付場所	<div> <div>1 本庁</div> <div>2 泉野HC</div> <div>3 元町HC</div> <div>4 駅西HC</div> </div>												
処 理 欄	受 給 者 証 番 号		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				助 成 開 始 年 月		<div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div>				
	認 定 ・ 停 止 理 由 (本 人 ・ 配 偶 者 ・ 扶 養 義 務 者) の 所 得 制 限 入 力 日												
番 号	個 人 通 知 住 民 端 末			代 理		法 定 本 人 委 任			確 認 不 可		その他		
本人確認	個 人 免 許 手 帳 在 留 旅 券			保 険 介 護 年 金		そ の 他			確 認 不 可				