

受付	年 月 日		決裁	年 月 日		発行番号簿	年 月 日	
町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	返戻保留カード	台帳	判定依頼
						再提出月日	回答月日	
						医療証（資格証）発行の可否	要 否	

福祉医療費医療証（資格証）										交付・変更・更新 申請書			記載例	
福祉医療対象者		氏 名 ふ り が な ○ ○ ○ ○			生 年 月 日 × × ×		居 住 地 隠岐の島町○○○			過去における当該市町村の医療証等の番号				
加入医療保険	被保険者氏名		○ ○ ○ ○			福祉医療対象者との続柄		本人		住所		同上		
	保険種別		協、組、日、船、共、 <u>国</u> 、高			被保険者証の記号番号（枝番）		× × -*****		附加給付等の有無		有 無		
	被保険者証発行機関名		隠岐の島町国民健康保険											
手帳の内容		手帳種別		療育、 <u>身体</u> 、精神		手帳番号		第 ○○○○○ 号		障害等級		△ 種 □ 級		
		手帳種別		療育、身体、精神		手帳番号		第 号		障害等級		種 級		
医療証（資格証） <u>交付</u> 変更申請事由 更新 (該当するものを○で囲む)		1. 65才以上のねたきり老人となったため 2. 重度障がい者（重複重度障がい者を含む）となった 3. 転入してきたため 4. 世帯構成の異動のため 5. 保険に新たに加入したため 6. 更新のため 7. その他（ （交付事由発生年月日 年 月 日） ）												
対象者の所得の状況		1. 地方税法第295条第1項第2号により市町村民税非課税 2. その他（様式第18号「福祉医療費所得調査書」のとおり）												
* 審査		住民票・住民税課税台帳により確認済												
* 決定		住民税【課税・非課税】世帯／区分【制限超・一般・低所得・20歳未満】に決定する												
上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（変更・更新）を申請します。 なお、福祉医療対象者の公的年金等を除く所得額及び控除額について、市町村町民税課税台帳により確認されることを隠岐の島町長に委任します。 令和 ×年 ×月 ×日 隠岐の島町長 様 申請者 住所 隠岐郡隠岐の島町○○○○○ 氏名 □□□□□ (福祉医療対象者との続柄 △△)														