

寡婦医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

一戸町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

次のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

| | | | |
|---------|--------------------|---------------|-------------------------|
| 対象となる事業 | 寡 婦 | 認定要件 | その他 (寡婦) |
| 受給者 | (フリガナ) 氏 名 | 男 女 生年 月 日 | (S・H・R) 年 月 日生 (満 歳) |
| | 住 所 | 一戸町 | |
| 加入医療保険等 | 被保険者氏名 | 受給者との続柄 | |
| | 医療保険の種別 | 記号・番号 | |
| | 保 険 者 名 (保険者番号) | () 所 在 地 | |
| | 資格取得年月日 | 年 月 日 | 付加給付の有無 |
| 振込先 | 口座名義人 | 金 融 機 関 | 銀行 支店 信金 本所 農協 支所 |
| | 口座番号 | 預 金 種 別 | 普通 (総合) ・当座 |

(同意書)

上記申請に係る事務手続きを処理するために限り、下記について同意します。

- 1 一戸町が保有する住民登録情報及び町民税課税状況の調査
- 2 当該年度の地方税関係情報の取得

年 月 日

住 所
氏 名

個人番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

注 同一世帯員がいる場合は別紙を添付すること