

寡婦等医療費受給資格認定申請書

下記のとおり、申請します。

年 月 日

都城市長 あて

住所 都城市

氏名

電話番号 ( ) ー

|      |          |                |         |             |
|------|----------|----------------|---------|-------------|
| 対象者  | フリガナ     |                | 助成対象者番号 |             |
|      | 氏名       |                | 生年月日    | 年 月 日       |
|      | 住所       | 都城市            |         |             |
| 加入保険 | 保険種類     | 国・国組・協・健・共・日・船 | 保険者番号   |             |
|      | 記号番号     |                | 電話番号    |             |
|      | 被保険者名    |                | 資格取得日   | 年 月 日       |
| 金融機関 | 銀行名      | 本・支店名          | 口座番号    | 口座名義人（カタカナ） |
|      | 銀行<br>金庫 | 本店<br>支店       |         |             |
|      | J A      | 本所<br>支所       |         |             |

課税閲覧承諾書

なお、上記被保険者等の課税状況の公簿による確認を承諾します。

氏名

※ ここから下は、記入しないでください。

|   |              |
|---|--------------|
| 決 | 1 認定         |
| 定 | 2 却下 (停止理由 ) |

※入力 ( / 済) 資格証 ( / 手渡済・ / 郵送済)  
(後日郵送)