年度

		フリ	※受給者番号							③ 加入医療保険						*			
		氏		名		Ĩ	見	住	戸	f		保険	種 別	保険者番	号及名称	被保険	者氏名		審査
	(1)											国(市町村	寸退組)			氏名			認定
												健(協会	組 日)	名称		対象者との続柄()	部化
	等											船 共				住所			
	父母等申請											記号		所在地		被保険者資格取得年月日 年 月			
助	者	午	П	日 生		丙(父	• 母	•))	番号						П	却下
		+	力	日 生								国(市町村	寸退組)			氏名	Н		
						司上						健(協会	組 日)	所在地	対象者との続柄(住所)	認定		
										船 共									
成		年月日生										記号			被保険者資格取得年月日 年 月 日			却下	
/->~												番号							
		十	Л	日 生								国(市町村	寸退組)			氏名		•	
						1 上						健(協会		名称		対象者との続柄	i ()	認定
											船 共			住所					
対												記号		所在地					•
	2											番号				被保険者資格取	汉得年月日		却下
	対	年	月	日生									1 38 48 3			r 2	年 月	日	
	象児					同上							寸退組)	 名称		氏名 対象者との続柄	i ()	認定
象	童										健(協会	組 日)	-0.41.		住所		,		
												船共		=c- / 나					•
											記号		所在地		被保険者資格取得年月日		却下		
		年	年 月 日 生								番号					年 月	日	ZII I	
者												国(市町村	寸退組)			氏名		₹ 7 ←	
					□同上						健(協会	組 日)	名称		対象者との続柄 ()			認定	
											船 共				住所				
											記号		所在地						
	年月日生											番号				被保険者資格取	x 得年月日 年 月	日	却下
4 養育費の有無						1、なし						9 h	 2、あり (年間:			万	<u>牛 万</u> 円)	Н	
4	15	を月頃り行う	***							者のな	よいな				るもの		1 1)		
1 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの ⑤ 申 請 理 由 (ア 死亡 イ 離婚 ウ 生死不明 エ 遺 棄																			
該	当す	る番号を○	で囲	んでくだ	さい。									キャ		ク 未 婚)			
該当する番号を○で囲んでください。 (1については()内の記号) 2										配偶者のない女子 父母のない児童			子又は男子に扶養されている対象児童						
	(1)	_ JV , C (1	内の記方)		2 11 2 2 2					している配偶者のない女子又は男子、婚姻をし			たことのない女子又は男子					
※(認定											忍定年	平月日)			Ē	F 月 日			
6	振込	指定金融機	関	<u></u>	すでに	こ口座	登録	をい	ただ	いて	いる	方につき	ましては、	変更のある	場合のみご記え	入ください。			
													種目	口座番号					
													1 普通	フリガナ					
													2 当座	名義					
	L⇒	መ ሴ ታ » M	. 7	i la bi ziel	学术	松匠	は乗	. XX. W	Σ-20/C-±ν	₩ ₩ ₩ ₩	\ *	什/再本/	3 貯蓄	1. 10 细学房	 		達します		
			•					文称	寅州	合能り	JX1	的(史初)	及い、い	とり祝多姓	寺医原質明月	以金の又桁を甲	す前しより。		
		申請に伴い /#本が至り	-		–			ù⊓≀≻.	~l \	ア士日	고 4삼章	ᄪᄯᅼᄼᆄ	なりァ ト In Tree	認すること。					
															関等が、当該療	養に係る			
		>療報酬明系							~ ye v.	~ /\r\	بر	, a _ C		, a , a , a , a , a , a , a , a , a , a	~ 1 ~ \ _ HV/\t	121-NI 0			
		が無報酬的が い助成金のう					-		金の	差額に	こ関っ	よる相殺を	を受けるこ	<u>ل</u>					
				•										-	十算結果連絡票	の情報を使用			
		ること。																	
	• 清	5額介護合第	草療主	養費等支 総	申請	によ	り、礼	畐祉區	医療受	を給者	に係	る医療分	について、	按分額が生し	ごた場合は、福	祉医療助成金が			

住所

氏名

電話

申請者

年 月 日

(宛先) 桜井市長

過払いとなるので、返還または次回以降の助成金と調整すること。

⁽注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。 2 字は、楷書ではっきり書いてください。