

福祉医療費資金貸付資格認定申請書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

大和郡山市福祉医療費資金貸付要綱第3条に規定する福祉医療費資金貸付資格の認定を受けたいので、申請します。

なお、資格を審査する際に、所得状況等を調査することに同意します。

| | | | | |
|---------------|--|------|---------------------|------|
| 受給対象区分 | 子ども ・ ひとり親家庭等 | | | |
| 受給者番号 | | 個人番号 | | |
| 受給者氏名 | フリガナ | | 申請者との続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と違う ⇒ | | | |
| 受給者と生計を一にするもの | 氏名 | 生年月日 | 住所(受給者と同住所の場合は記入不要) | 個人番号 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

処理欄

| | |
|-------|-----------|
| 所得状況等 | 該 当 ・ 非該当 |
|-------|-----------|