

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
-------	-----------