

福祉医療費の一部負担金限度額適用認定申請書

老

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

受給者	氏名							
	生年月日	昭和	年	月	日	男	・	女
	居住地	南丹市						

上記のとおり関係書類を添えて、福祉医療費の一部負担金限度額適用を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 南丹市

氏名

印

南丹市長 様

※市処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受理番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿()	認定等年月日
		ニ 却下(理由:)	年 月 日