

# 福祉医療費の一部負担金限度額適用認定証交付申請書

受給者番号								
受給者	ふりがな 氏名							男 ・ 女
	生年月日	昭和	年	月	日			
	住所	宮津市字						

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の限度額適用を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 宮津市字  
氏名

宮津市長様