

扶養義務者等に関する申立書（重度障害者医療用）

いる ・ いない

●わたしの住民票と同じ住所地に、わたしの世帯のほかに同居人は（同一地番、世帯分離を含む。）

氏名	性別	受給者からみた 続柄	個人番号										本年（1～9月申請の人は前年） 1月1日時点の住所（該当する方に○）	
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外
	男・女													宗像市内 ・ 市外

（注）同じ住所で住民票を別にしているすべての同居人を記入してください。
なお、宗像市では扶養義務者の所得の有無で重度障害者医療の受給資格がなくなることはありません。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（受給者本人）