

福祉医療費受給者証交付・更新申請書 (母子家庭等)

年 月 日

赤穂市長 宛

住所
申請者 氏名
電話 ()
世帯主 氏名

下記のとおり、福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。なお、当該申請に当たり、次の事項について同意します。

- (1) 受給者証の交付(更新)に必要な所得情報等の関係公簿を調査(個人番号制度による情報連携を含む。)すること。
- (2) 医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、加入保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること。
- (3) 加入保険者から直接高額療養費が支払われた場合、当該高額療養費に相当する福祉医療費を本市に返還すること。
- (4) 現物給付された福祉医療費のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、申請及び受領を本市に委任すること。

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、提出の省略を希望する者は各同意者欄に本人の自署が必要です。

区分	個人番号 フリガナ 氏 名		生年月日	続柄	※受給有無及び 受給者番号	※控除後の所得額
受給資格者 (同意者)	(母・父)		年 月 日		有 ・ 無	円
			年 月 日		有 ・ 無	円
	(児童)		年 月 日		有 ・ 無	円
			年 月 日		有 ・ 無	円
扶養義務者 (同意者)		年 月 日		住 所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	※控除後の所得額 円	
※ 世 帯 所 得 制 限 額						円
母子家庭等となった理由	1 死亡 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 重度の障害 7 拘禁 8 未婚の母等 9 父母のいない児童					
養育費の有無	有 ・ 無 有の場合、その年額 (円)					
受給者証交付(更新)申請事由	1 条例第2条第10号から第12号までのいずれかに該当するため 2 転入してきたため 3 所得要件に該当するようになったため 4 その他()					
交付事由発生年月日	年 月 日					
加入医療保険	保険者の名称			保険者番号		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組		被保険者等 記号・番号		
	被保険者氏名	受給者との続柄		資格取得 年月日	年 月 日	
※審査	認定 ・ 却下		※法別番号	※所得区分		

※印の欄は記入しないでください。

※本人確認 (□うち内容によるもの)

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。