

様式第1号の2 (第4条関係)

福祉医療費受給者証交付・更新申請書 (重度障害者)

赤穂市長 宛

年 月 日

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。

(受給者同意者)	個人番号				住所	赤穂市
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	※市町村民税所得割税額	円
(配偶者同意者)	個人番号				住所	□受給者に同じ
	氏名					
	生年月日	年	月	日	※市町村民税所得割税額	円
(扶養者同意者)	個人番号				住所	□受給者に同じ
	①氏名		続柄			
	生年月日	年	月	日	※市町村民税所得割税額	円
	個人番号				住所	□受給者に同じ
	②氏名		続柄			
	生年月日	年	月	日	※市町村民税所得割税額	円
他公費の有無	有・無			公費の種類		
受給者証交付(更新)申請事由	1 条例第2条第2号に新たに該当するようになったため 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			※受給有無	有・無	※証発行 有・無
※受給者番号				※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。