

福祉医療費受給者証交付・更新申請書（高齢期移行）

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								
	居住地（住所）	赤穂市							
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
前年の所得等の状況	世帯の市町村 民税課税状況	課税・非課税							
	本人の年金収入額	円							
	本人の合計 所得金額	円							
	合計	円							
他公費の有無		有・無		公費の種類					
要介護状態区分等		非該当・要支援状態区分 1 2 ・要介護状態区分 1 2 3 4 5							
受給者証交付（更新） 申請事由		1 条例第 2 条第 1 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				※受給有無		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。