

福祉医療費受給者証交付・更新申請書（高齢期移行）

○申請に必要なもの

《情報連携希望しない場合》

- ・加入保険情報がわかるもの
- ・所得課税証明書

《情報連携希望する場合》 ※同意者は自署

- ・同意者全員の本人確認書類
- ・同意者全員の個人番号のわかるもの
- ・地方税関係情報の取得に関する同意書（受給者以外）

《共通》

- ・窓口に来られる人の本人確認書類

年 月 日

住所 赤穂市加里屋81番地

申請者 氏名 赤穂 太郎

電話 0791 (43) 6820

世帯主 氏名 赤穂 太郎

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) ①情報連携を希望する場合は個人番号をご記入ください。を調査（個人番号制度による情報連携を含む。）すること。
- (2) ②転入された方など赤穂市以外で住民税が課税されている。保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること。
- (3) ③方は、その区市町村を記入ください。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) ④所得課税証明書の提出し、番号連携を希望する場合は必ず自署で記入してください。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

※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	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□				
	居住地（住所）	赤穂市加里屋81番地（R6.1.1 〇〇市）				
	フリガナ	アコウ タロウ				
	氏名	赤穂 太郎				
	生年月日	昭和□□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・ <u>非課税</u>				
	本人の年金収入額	0	円			
	本人の合計 所得金額	0	円			
	合計	0	円			
他	公費の有無	<u>有</u> ・無	公費の種類	自立支援医療（更生医療）		
要介護状態区分等	<u>非該当</u> ・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	令和△年△月△日（転入日など）					
加入医療保険	保険者の名称	××健康保険組合		保険者番号	□□□□□□□□	
	保険種別	協 <u>組</u> 日・船・共・国・国組	被保険者等 記号・番号	△△	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	被保険者氏名	赤穂 二郎	受給者との続柄	子	資格取得 年月日	令和〇年〇月〇日
※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	

わかる範囲でご記入ください。

「自立支援医療」や「難病法に基づく特定医療」など公費による医療費助成を受給されている場合はご記入ください

加入医療保険を資格確認書、マイナポータルの画面、健康保険証等を参考に記入してください。

※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。