

福祉医療費受給者証交付・更新申請書(乳幼児等)

※所得課税証明書が必要な場合で、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。

対象乳幼児等	個人番号			住 所	赤穂市
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	※受給者番号
対象乳幼児等	個人番号			住 所	□上記対象乳幼児等と同じ
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	※受給者番号
(乳幼児等保護者) (同意者)	個人番号			住 所	□上記対象乳幼児等と同じ
	氏 名				
	対象乳幼児等との続柄			※市町村民税 所得割税額	円
(乳幼児等保護者) (同意者)	個人番号			住 所	□上記対象乳幼児等と同じ
	氏 名				
	対象乳幼児等との続柄			※市町村民税 所得割税額	円
(扶養義務者) (同意者)	個人番号			住 所	□上記対象乳幼児等と同じ
	氏 名				
	対象乳幼児等との続柄			※市町村民税 所得割税額	円
受給者証交付(更新)申請事由		1 条例第2条第4号から第6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・他 国		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			
上記のとおり、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。 年 月 日 赤穂市長 宛 保護者 住所 氏名 電話 () 世帯主 氏名					

※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。