

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 加里屋81番地	
	フリガナ	アコウ ジロウ				
	氏名	赤穂 二郎				
	生年月日	令和△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	赤穂 一郎				
	対象乳幼児等との続柄		父			
(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	赤穂 花子			△△市○○町××番地 (□市△町○番地 令和○年1月1日時点)	
	対象乳幼児等との続柄		母		※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		
	氏名	赤穂 太郎				
	対象乳幼児等との続柄		祖父		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(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。
交付事由発生日	令和△年△月△日(誕生日や転入日など)					
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・ 組 ・日・船・共・国・他国		被保険者等 記号・番号	△△	○○○○○○○
	被保険者氏名	赤穂 太郎	受給者との続柄	祖父	資格取得年月日	令和○年○月○日
※審査	認定 ・ 却下					
上	○申請に必要なもの ≪情報連携を希望しない場合≫ ・加入保険情報がわかるもの ・所得課税証明書 ≪情報連携を希望する場合≫ ※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(申請書に同意者全員が自署した場合は必要ありません。) ・対象乳幼児等の本人確認書類 ・対象乳幼児等の個人番号のわかるもの ≪共通≫ ・窓口に来られる人の本人確認書類					
※自	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。 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。 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。 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。 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 保護者 住所 赤穂市加里屋81番地 氏名 赤穂 一郎 電話 0791(43)6820 世帯主 氏名 赤穂 太郎 ※□本人確認(□うち内容によるもの)					

情報連携を希望する場合は個人番号をご記入ください。

転入者(市外扶養者)で、情報連携を希望する場合のみ個人番号をご記入ください。情報連携を希望する場合は必ず自署での記入が必要です。

現住所の外、1月1日時点の住所が市外の場合は、わかるようにご記入ください。

扶養義務者が両親以外にいる場合(祖父の保険に加入するなど。国保の場合は、世帯主が両親以外のおとき)

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。

※自 提出時には本人確認書類の提示又は写真の提出が必要です。