

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

		受給者番号			
① 受給者	移・障・乳	ふりがな 氏名		住所 淡路市	
		年 月 日生			
② 配偶者		氏名		住所	
③ 保護者 (扶養義務者)		氏名		住所	
		受給者との続柄			
加入医療保険	ふりがな 被保険者氏名		受給者との続柄		住所
	保険種別		記号・番号		
	保険者名称		(保険者番号)		所在地
所得状況			① 受給者	② 配偶者	③ 扶養義務者
	控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数）		人（ 人）	人（ 人）	人（ 人）
	前年の所得額		円	円	円
	控除額		円	円	円
	控除後の所得額		円	円	円
判定所得額		円	円	円	
障害の状況		障害者（児）氏名			
		手帳番号・種別等級			
		交付・判定日			
申請理由		1 受給資格要件に該当するようになったため（65歳到達・出生・障害認定） 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 その他（ ） （交付理由発生年月日 令和 年 月 日）			
上記のとおり医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給者証交付に係る資格認定については、本人、配偶者、扶養義務者等の税情報による所得調査及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該福祉医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、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、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。 令和 年 月 日 淡路市長 様 申請者 住所 淡路市 氏名 （電話 ）					

- （ご注意）
- 1 申請時、健康保険証を持参してください。
 - 2 転入された方は、前住所地の所得証明書を添付してください。

審査	認定・却下
----	-------

記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

		受給者番号			
① 受給者	移・障・乳	ふりがな 氏名 子の氏名		住所 淡路市 生穂新島〇〇番地	
		〇年 〇月 〇日生			
② 配偶者		氏名		住所 同上	
③ 保護者 (扶養義務者)		氏名 保護者の氏名		住所 同上	
		受給者との続柄 父・母など			
加入医療保険	ふりがな 被保険者氏名	被保険者の氏名		受給者との続柄	住所 同上
	保険種別	政・組・日・船 共・国・組国	記号・番号		
	保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部 (保険者番号 12345678)		所在地 神戸市中央区〇〇〇	

所得状況		① 受給者	② 配偶者	③ 扶養義務者
	控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数）		人（ 人）	人（ 人）
前年の所得額		円	円	円
控除額		円	円	円
控除後の所得額		円	円	円
判定所得額		円	円	円

障害の状況	障害者（児）氏名	
	手帳番号・種別等級	
	交付・判定日	
申請理由	1 受給資格要件に該当するようになったため（65歳到達・出生・障害認定） 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 その他（ ） （交付理由発生年月日 令和 年 月 日）	

上記のとおり医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、受給者証交付に係る資格認定については、本人、配偶者、扶養義務者等の税情報による所得調査及び住民基本台帳による調査を承諾します。
 当該福祉医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、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、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。

令和 年 月 日
 淡路市長 様

申請者 住所 淡路市
 氏名
 （電話 ）

日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください

- (ご注意)
- 申請時、健康保険証を持参してください。
 - 転入された方は、前住所地の所得証明書を添付してください。

審査 認定・却下