

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

		(移・障・乳)	受給者番号										
① 受給者	ふりがな氏名		住所	淡路市									
	生年月日	年 月 日	個人番号										
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県			市区町村							
② 配偶者	ふりがな氏名		住所	☐受給者と同じ									
	生年月日	年 月 日	個人番号										
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県			市区町村							
③ 保護者・扶養義務者	ふりがな氏名		住所	☐受給者と同じ					受給者との続柄 父・母 ()				
	生年月日	年 月 日	個人番号										
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県			市区町村							
	ふりがな氏名		住所	☐受給者と同じ					受給者との続柄 父・母 ()				
	生年月日	年 月 日	個人番号										
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県			市区町村							
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	父・母 ()	住所	☐受給者と同じ							
	加入医療保険者名称	(保険者番号)		被保険者記号・番号	—								
障害の状況	手帳番号・種別等級		第 号		1級・2級・A判定								
	交付・判定日		昭・平・令 年 月 日										
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 手帳更新(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> その他 () (交付理由発生年月日 令和 年 月 日)												
<p>上記のとおり医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p>なお、受給者証交付に係る資格認定については、受給者、配偶者及び保護者・扶養義務者の税情報による所得情報の調査（個人番号制度による情報連携によるものを含む。）及び住民基本台帳による調査を承諾します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 淡路市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 淡路市 氏名 (電話)</p>													

※所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①～③欄は本人が自署してください。

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

		(移・隣・乳)	受給者番号			
①受給者	ふりがな氏名	氏名	住所	淡路市 生穂新島〇〇番地		
	生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
②配偶者	ふりがな氏名	配偶者の氏名	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ		
	生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
③保護者・扶養義務者	ふりがな氏名	扶養義務者の氏名	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	受給者との続柄 父・母 (子)	
	生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
	ふりがな氏名		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	受給者との続柄 父・母 ()	
	生年月日	年 月 日	個人番号			
	年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
加入医療保険	被保険者名	被保険者の氏名	受給者との続柄 父・母 (本人)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	
	加入医療保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部 (保険者番号 12345678)	被保険者 記号・番号	12345 - 12345		
障害の状況	手帳番号・種別等級	兵庫県 第 00000 号 1級・2級・A判定				
	交付・判定日	昭・平・令 〇年 〇月 〇日				
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 手帳更新(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> その他() (交付理由発生日 令和 年 月 日)					

①受給者の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

②配偶者の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

③扶養義務者がいる場合は、扶養義務者(子等)の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

申請日・申請者(受給者)の住所・氏名・日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください

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、受給者、配偶者及び保護者・扶養義務者の税情報による所得情報の調査(個人番号制度による情報連携によるものを含む。)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 〇年 〇月 〇日
 淡路市長 様

申請者 住所 淡路市生穂新島〇〇番地
 氏名 申請者の氏名
 (電話 090-0000-0000)

※所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①～③欄は本人が自署してください。

審査 認定・却下