

福祉医療費受給者証 交付申請書(郵便申請)

記入例

※太枠内をご記入ください。

受給者	乳幼児等医療	フリガナ アシヤ コタロウ	住所 (居住地)
		出生されたお子様の氏名 氏名 芦屋 小太郎 男 女	
		生年月日 令和■■■年〇月〇日	
保護者等氏名 (続柄)	氏名 アシヤ タロウ 芦屋 太郎 (父) (生年月日) 平成 1年 1月 1日	同・ 別	住所 東京都〇〇区〇町△番×号
保護者等氏名 (続柄)	氏名 アシヤ ハナコ 芦屋 花子 (母) (生年月日) 昭和61年 1月 1日	同 ・別	住所 同居の場合は記入不要

加入医療保険	被保険者氏名	氏名には必ずフリガナをご記入ください。 単身赴任等で対象となる児童と異なる住所にある場合は、 当該別居の住所をご記入ください。	
	住所		
	保険種別		
	被保険者証の記号番号		お子様の健康保険証の写し(お子様の氏名の記載のある部分) を裏面に貼り付けてください。
	被保険者証発行機関名		

交付・更新申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 出生のため。 <input type="checkbox"/> ② 所得基準に該当したため。 <input type="checkbox"/> ③ 転入してきたため。 <input type="checkbox"/> ④ 保険に加入したため。	<input type="checkbox"/> ⑤ 障がい要件に該当したため。 <input type="checkbox"/> ⑥ 該当年齢に到達したため。 <input type="checkbox"/> ⑦ 他公費から移行したため。 <input type="checkbox"/> ⑧ その他 ()
	交付事由発生日 年 月 日	

福祉医療判定所得割額	受給者 円	保護者 円	保護者 円
------------	-------	-------	-------

審査	<input type="checkbox"/> 認定 (年 月 日から有効)	保 留	1 保険証確認
	<input type="checkbox"/> 却下 (理由)		2 所得確認 3 その他 ()

同意事項

申請に必要な場合、世帯全員の住民票、世帯構成員の所得状況及び障がい者手帳の等級及び程度について、調査することに同意します。また、以後の各年度分についても同意します。当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等による高額療養費等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本市に委任します。上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合・芦屋市国民健康保険等保険者から被保険者情報及び給付情報等を得ること、また必要な際に当申請書を当該保険者へ提供することに同意します。

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和■■■年 〇月 ×日

申請される日を記入

住所 **芦屋市精道町7番6号**

氏名 **芦屋 花子**

(続柄 **母**)

電話番号 **0797-〇〇-××××**

芦屋市長 宛

- 保護者等氏名の欄は同居を問わずご記入ください。
- お子様の健康保険証の確認が申請要件となっていますので写しを裏面に貼りつけたうえご提出ください。※0歳児は所得制限がありません。
- 申請までに医療機関等で受診されている場合はこの申請での受給資格認定後に還付申請の手続きとなります。

検 証	入 力