

記入例

○申請に必要なもの

≪情報連携希望しない場合≫
 ・加入保険情報がわかるもの(受給資格者全員)
 ・所得課税証明書

≪情報連携希望する場合≫ **※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
 (扶養義務者欄が足りない場合)

証交付・更新申請書(母子家庭等)

年 月 日

住所 赤穂市加里屋81番地
 (〇〇市△△町×番地 令和〇年1月1日時点)

申請者 氏名 赤穂 花子

電話 0791(43)6820

世帯主 氏名 赤穂 太郎

下記のとおり、福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。なお、

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。

- (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)
- (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。

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、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。

受給資格者	(同意者) 母・父	個人番号	フリガナ	生年月日	本人	所得額
		〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□	氏名	平成△年△月△日		
	アコウ ハナコ	赤穂 花子	令和△年△月△日	子	有・無	円
	赤穂 花子	赤穂 一郎	年 月 日			
(同意者) 児童	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□	アコウ イチロウ	赤穂 一郎	父・母以外に扶養義務者がいる場合は、ご記入ください。1月1日の住所が市外の場合はわかるようにご記入ください。	児童欄は、自身の所得があるなど所得課税証明書の提出が必要な場合で、情報連携を希望するときは自署が必要です。加入保険情報の情報連携のみを希望する場合は、ご家族が記入いただいても大丈夫です。	円
	扶養義務者(同意者)	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□	アコウ タロウ	昭和△年△月△日	父	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ △△市××町〇〇番地 (令和〇年1月1日時点)
		※ 世帯所得制限額				円
母子家庭等となった理由		1 死亡 ② 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 重度の障害 7 拘禁 8 未婚の母等 9 父母のいない児童				
養育費の有無		有 ・ 無 有の場合、その年額 (150,000 円)				
受給者証交付(更新)申請事由		1 条例第2条第10号から第12号までのいずれか 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。父・母と児童の保険が異なる場合は、父・母の情報を記入いただき、児童の情報がわかる書類を提出してください。
交付事由発生日		令和△年△月△日				
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・③・日・船・共・国・国組	被保険者等記号・番号	△△	〇〇〇〇〇〇〇	
	被保険者氏名	赤穂 太郎	受給者との続柄	父	資格取得年月日	令和〇年〇月〇日
※審査		認定 ・ 却下		※法別番号	※所得区分	

※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。