

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書の記入の仕方

●申請時に障害程度を確認できる書類を提示(又は写しを提出)してください。
記載は省略できます。

●医療費の助成を受ける本人の保険証を提示(又は写しを提出)してください。
記載は省略できます。

65歳未満の長期入院者の記入欄です。

●上記「4 同意事項」に同意の上、住所・氏名等を記入してください。

福祉医療費受給者証交付(更新)申請書（重度心身障害者用）										
該当事項に記入又は○をつけてください。										
1	申請の理由	①重度心身障害者になったため		②転入		障害程度の確認方法			障害の程度	
		障害の種類等	身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳	手帳番号		年金証書番号		証書番号		級
			障害を理由とする年金の受給者							
			特別児童扶養手当の受給者							
			その他()							
		③医療保険の異動によるため			④更新 これまでの受給者証の記号及び番号					
		⑤その他()								
2	加入医療保険	被保険者氏名			申請者との続柄			被保険者住所		
		保険種別	国保・国組・政管・組合・船員・日雇・共済		記号		番号			
		発行機関名	柳井市（通常・短期）・後期高齢者医療広域連合		発行機関所在地					
		付加給付	有・無		認定年月日	年 月 日				
3	申請者が65歳未満で1年を超えて入院している場合は該当を○で囲んで下さい。	一時退院しても期間が6か月未満のときは入院期間を通算してください。	新規申請	未成年・20歳以上			配偶者が(いる・いない) 子が(いる・いない)			
			更新申請	父又は母が(いる・いない)			裏面参照			
4 同意事項										
① この申請の対象要件を確認するため、申請者及び申請者の世帯の課税資料等の所得状況を調査すること。										
② 福祉医療費受給者証の今後の更新時に、その対象要件を確認するため、申請者及び申請者の世帯の課税資料等の所得状況を調査すること。										
③ 医療費の助成を行った場合において、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合を確認するため、申請者が加入する医療保険の被保険者の世帯の課税資料等の所得状況を調査すること。										
④ 申請者が加入した医療保険から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合は、その申請及び受領について市長に委任すること。										
⑤ 申請者が加入した医療保険から申請者（又は申請者が加入した医療保険の被保険者）に、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金が支給された場合は、市の過払い相当額を市へ返還すること。										
⑥ 申請者が加入した医療保険に対し、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。										
⑦ 医療費の助成該当を審査するため、申請者が加入した医療保険及び山口県国民健康保険団体連合会に受給者証情報を提供すること。										
⑧ 申請者及び申請者が加入した医療保険の被保険者が柳井市重度心身障害者医療費助成要綱又は同要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。										
0										
年 月 日 住所										
(宛先) 柳井市長 申請者 (受給者) 氏 名										
(連絡先) 電話番号 生年月日 年 月 日										
(注) 1. 申請者が加入する医療保険の被保険者証(組合員証)を提示又は写しを提出してください。										
2. ☐ 欄は記載しないでください。										
①控除対象配偶者及び扶養親族等の合計数 人 備考										
☐ 欄は市が記入します。記入しないでください。										
上記「4 同意事項」の同意に基づき、柳井市の課税資料により確認します。記入不要です。										
ただし、令和6年1月1日に柳井市に住所が無かった方は、柳井市で所得要件を確認できないため、令和6年1月1日現在に住所のあった市町村の令和6年度所得課税証明書を提出してください。										