

※ 申請書に、同居人等を確認するための「被扶養者確認票(ひとり親家庭医療費申請用)」を添付してください。

福祉医療費受給者証交付(更新)申請書													
該当箇所記入又は○を付けて、対象者名の記載がある医療保険の被保険者であることを証する書類等（写し可）を提示してください。													
対象者	氏 名			個 人 番 号			生 年 月 日			住所(下記申請者住所と異なる場合に記入)			
	1						年 月 日						
	2						年 月 日						
	3						年 月 日						
	4						年 月 日						
保護者							年 月 日						
	1月1日時点の住所 (1～7申請分は前年、8～12月申請分は本年)			申請者住所と同じ			異なる場合			1月1日時点の住所が現住所と異なる場合は記入してください。			
							年 月 日						
	1月1日時点の住所 (1～7申請分は前年、8～12月申請分は本年)			申請者住所と同じ			異なる場合						
加入医療保険	記号	記号		番号		被保険者氏名				資格取得日	年 月 日		
	保険者番号			保険者名称					保険種別	協会けんぽ 共済組合 国保 国保組合 組合健保 その他 ()			
同意事項	福祉医療費申請(受給)に当たっての同意事項 1 福祉医療費受給者証の交付又は更新の要件を確認するため、課税資料及び医療保険資料から対象者の保護者の課税状況及び対象者の医療保険情報を調査すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）。 2 次回福祉医療費受給者証の更新要件を確認するため、課税資料から受給者の保護者の課税状況を調査すること。 3 高額療養費算定基準額又は一部負担金割合を確認するため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。 4 保険者から高額療養費若しくは高額介護合算療養費又は付加給付金の支給を受けることができる場合は、申請又は受領について市長に委任すること。 5 高額療養費若しくは高額介護合算療養費又は付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合は、市の過払い相当額を市に返還すること。 6 保険者に対して、医療の給付、付加給付金の支給状況又は保険資格を市が確認すること。 7 医療費助成該当を審査するため、保険者又は山口県国民健康保険団体連合会に受給者情報を提供すること。 8 申請者又は被保険者が、柳井市乳幼児医療費助成要綱若しくは柳井市ひとり親家庭医療費助成要綱又は各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。 9 ひとり親家庭の該当及び同一生計世帯を確認するため、児童扶養手当の受給状況又は住民基本台帳を調査すること。												
「福祉医療費申請(受給)に当たっての同意事項」に同意の上、福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。													
年 月 日													
(宛先) 柳井市長													
(保護者・対象者) 申請者 住所													
氏名 (対象者との続柄 父・母・本人・)													
連絡先 TEL													
(申請者と同一の場合は不要) 被保険者 住所													
氏名 (対象者との続柄 父・母・本人・)													
※次の 内は記入しないでください。													
市民税の所得割額		父	円	世帯の課税状況		非課税課税		年度所得 確認者 (税務課)		認定 却下 ()			
		母	円										
		計	円										
備考 □更新 □出生 (年 月 日) □転入 (年 月 日) 受給者証記号番号		資格取得日		交付日		受給者証番号	1						
							2						
							3						
							4						
□ひとり親家庭になった □離別 □死別 □その他 (年 月 日)		部長		部次長		課長		課長補佐		課員		交付者	

申請者と住所が異なる人は、住所を記載してください。

柳井市が記入する欄です。記入しないでください。