

福祉医療費受給者証交付申請書
(乳幼児・こども用)

1 世帯の状況

【 出生・転入・世帯変更 】

氏 名		生年月日 個人番号		受給者証番号	備 考
対象児童		年 月 日			資格取得日
		個人番号			
		年 月 日			資格取得日
		個人番号			
		年 月 日			資格取得日
		個人番号			

氏 名		生年月日 個人番号		本年・昨年1月1日時点の住所 (国外の場合は国名)		
父		年 月 日		(本年)	都道府県	市区町村
		個人番号		(昨年)	都道府県	市区町村
	住所(児童と異なる場合)					
	母		年 月 日		(本年)	都道府県
個人番号				(昨年)	都道府県	市区町村
住所(児童と異なる場合)						

2 加入医療保険の状況

記 号	番 号	種 別	協 会 共 済 組 合 国 保 そ の 他 ()
被保険者氏名		児童からみた 続柄	父 母 祖父 祖母 その他 ()
保険者番号		保険者名称	

裏面の記載事項について同意し、上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年 月 日
(宛先) 周南市長

申請者 住 所
氏 名
TEL
(日中連絡がとりやすい番号)

※裏面に記載の同意事項をよくお読みください。

以下職員記入欄

市町村民税所得割額		【本人確認書類】	保険証	未 ・ 済
父	年少 () ×19,800 ・ 高校生 () ×7,200	☐ 運転免許証 父 ・ 母	母	就労中 ・ 退職
		☐ マイナンバーカード 父 ・ 母	返信用封筒	有 ・ 無
母	年少 () ×19,800 ・ 高校生 () ×7,200	☐ その他 () 父 ・ 母	交付日 発送日	年 月 日

受付印

課長	課長補佐	係長	係

● 福祉医療費申請（受給）にあたっての同意事項

- 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。
収入の状況や保険情報が公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により確認できない場合は、それらが確認できる書類で市長が必要と認めるものを提示すること。
- 2 ひとり親家庭の同一生計世帯の確認のため、住民基本台帳及び児童扶養手当の受給の状況を調査すること。
- 3 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、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、申請及び受領について市長に委任すること。
- 5 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに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、周南市の過払い相当額を周南市へ返還すること。
- 6 保険者に対して、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周南市が確認すること。
- 7 申請者及び被保険者が周南市ひとり親家庭医療費助成要綱又はこの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。