

# 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 】

対象児童	ふりがな 氏名	生年月日 個人番号	受給者証番号	備考	枝番
対象児童	年 月 日	個人番号		資格取得日	
	年 月 日	個人番号		資格取得日	
	年 月 日	個人番号		資格取得日	

父	ふりがな 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	個人番号	(本年)	ア. 周南市 都道府県	イ. 周南市外 市区町村
	住所(児童と異なる場合)		(昨年)	ア. 周南市 都道府県	イ. 周南市外 市区町村
母	年 月 日	個人番号	(本年)	ア. 周南市 都道府県	イ. 周南市外 市区町村
	住所(児童と異なる場合)		(昨年)	ア. 周南市 都道府県	イ. 周南市外 市区町村

記号	番号	資格取得日	平成・令和	年	月	日	
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。

地方税関係等 取得に関する 同意書	右記の者は、周南市が福祉医療費助成制度の事務手続きを処理する場合に限り、地方税関係情報について取得することに同意します。	同意者署名	父	母	本人確認書類	窓口郵便	免許証・MNC・在C その他:
-------------------------	--	-------	---	---	--------	------	--------------------

※本年・昨年1月1日時点の住所が周南市以外の方のみ記入ください。 < 上の子参照のため不要 >  
 ※原則本人が記入、ただし同意者の配偶者であれば代筆可(代筆の場合、同意者及び代筆者の本人確認が必要)

職員記入欄		市町村民税所得割額		来庁者本人確認		【聞き取り内容】	
父	年少( )×19,800・高校生( )×7,200	母	年少( )×19,800・高校生( )×7,200	免許証・MNC・在C その他( )	未・済	世帯変更日:	理由:
				母:妊娠に伴い退職	離職票・退職証明書等		
				交付・発送日	年 月 日		
				世帯変更入力日	年 月 日		

	課長	課長補佐	係長	係
決裁				

受付者

受付印

● 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 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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 申請者及び被保険者が周南市乳幼児及び子ども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。