

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 】

	ふりがな 氏名	生年月日	備考
対象児童		年 月 日	証番号
		年 月 日	証番号
		年 月 日	証番号

	ふりがな 氏名	生年月日	市町村民税所得割額
父		年 月 日	円
	住所 (児童と異なる場合)		年少扶養 人×19,800円 高校生扶養 人×7,200円
母		年 月 日	円
	住所 (児童と異なる場合)		年少扶養 人×19,800円 高校生扶養 人×7,200円
父母合算額			円

2 加入医療保険の状況 (該当箇所に記入又は○をつけてください。)

記号番号	—	種別	協会・共済・組合・国保・その他 ()
被保険者氏名		対象児童との続柄	
被保険者住所 (児童と異なる場合)			
保険者番号			
保険者名称			

※健康保険証を提示してください。

3 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。
- 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周南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こ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。

※上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で周南市長が必要と認めるものを提示してください。

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 周南市長

申請者 住所

(保護者) 氏名

生年月日 年 月 日 TEL

★児童手当： 未・済

★同意書： 未 (父・母) ・済

★保険証： 未 (子・母) ・済

★母： 就労中・退職

●返信用封筒交付： 有 ・ 無

以下職員記入欄

令和 年 月 日 交付済 ・ 郵送済

決裁	課長	課長補佐	係長	係	備考

受付印