

健康 保 険	記号・番号	—	保険者 名 称		保険者 番 号			
	被保険者 氏 名		被保険者住所 (別居の場合)					
区分	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	保険資格取得日	市民税 所得割額	備考	受給者番号	
			個人番号(マイナンバー)					
対象者	親	男・女 申請者	年 月 日	年 月 日	税額	<input type="checkbox"/> 重度医療		
			<input type="checkbox"/> 扶養 ⑬ ⑰ ⑲			<input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 別居(申立) <input type="checkbox"/> 在学延長(証明) ※対象学校学年確認		
	児童	男・女	年 月 日	年 月 日	税額	<input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 別居(申立) <input type="checkbox"/> 在学延長(証明) ※対象学校学年確認		
			<input type="checkbox"/> 扶養 ⑬ ⑰ ⑲			<input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 別居(申立) <input type="checkbox"/> 在学延長(証明) ※対象学校学年確認		
(住民票が別世帯の人を含む) その他同居家族	男・女	男・女	年 月 日		税額			
			<input type="checkbox"/> 扶養 ⑬ ⑰ ⑲					
	男・女	男・女	年 月 日		税額			
			<input type="checkbox"/> 扶養 ⑬ ⑰ ⑲					
男・女	男・女	年 月 日		税額				
		<input type="checkbox"/> 扶養 ⑬ ⑰ ⑲						
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市長に委任すること。 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た場合、本市の過払い相当額を本市へ返還すること。 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本市が確認すること。 6 申請者及び被保険者が宇部市ひとり親家庭医療費助成要綱又はこれら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。							
	申請者	同意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。						
		宇部市長 様 年 月 日						
		申請者 住所 宇部市						
		氏名 ⑩						
		(電話 — — )						
被保険者 氏名 ⑩ (申請者と異なる場合) (自署の場合は押印省略可)								

受付	添付書類等	済	不備	事由	配偶者 氏名 ( . . 生)	入力 ・ 発行	区分	新規・世帯変更			
	保険証確認				離婚日 ( . . )		児童扶養 手当	有・無・申請中			
	同居所確認				別居日 ( . . )		住民票異動日 ( . . )	入力日 (発行日)			
	税額確認(親)				保険扶養喪失日 ( . . )		<input type="checkbox"/> ひとり親認定(事由: )	認定日 (開始日)			
	税額確認(扶養義務者)				<input type="checkbox"/> 生保廃止		<input type="checkbox"/> 転入(転入日: )		係長	担当	
	戸籍謄本				<input type="checkbox"/> 前年度所得超過		<input type="checkbox"/> 更新書未提出				
申立書( )			<input type="checkbox"/> 在学延長( <input type="checkbox"/> 対象学校・学年確認)	<input type="checkbox"/> 他福祉医療の消滅							
受付日		受付者		<input type="checkbox"/> その他( )							