

福祉医療費受給者証交付・更新申請書(ひとり親家庭用)

申請区分		□新規(令和 年度) □更新 □世帯変更										市民税所得割額		備考		受給者番号		
区分		フリガナ				生年月日						税額・扶養		備考		受給者番号		
		氏名				個人番号												
親 (申請者)	フリガナ					□昭 □平	年	月	日	税額・扶養		□重度医療 □他市受給者証						
	氏名					個人番号												
対象児童及び同居家族全員(別世帯含む)を記入してください。	□対象児童 □同居家族	フリガナ					□昭 □平 □令	年	月	日	税額・扶養		□重度医療 □別居(申立) □在学延長(証明) □所得対象外					
	続柄	氏名					個人番号											
	続柄	氏名					個人番号											
	続柄	氏名					個人番号											
	続柄	氏名					個人番号											
	続柄	氏名					個人番号											
健康保険	□健康保険証情報の記入に代えて、健康保険証の写しを添付します。																	
	記号	番号	資格取得年月日						□昭 □平 □令	年	月	日						
	保険者番号				保険者名称				被保険者氏名									
裏面の同意事項について同意し、福祉医療費受給者証の交付を申請します。											申請日							
宇部市長 様											令和	年	月	日				
申請者	申請者						被保険者(申請者と異なる場合)											
	氏名						氏名											
	住所 宇部市																	
	本年1月1日時点の住所		□宇部 □宇部	都 道	市 区													
	前年1月1日時点の住所		□宇部 □宇部	都 道	市 区													
電話番号(左詰め)																		
1 同意する者が自ら署名を行うこと。 2 代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。 3 扶養義務者の情報連携が必要な場合、別紙同意書に記入すること。																		
受付	添付書類等	済	不備	情報連携		配偶者氏名 (. . 生)						年	月	日	受付者			
	保険証確認											離婚日 (. .)	年	月	日	認定者		
	同居所確認					別居 (. .)					交付者							
	税額確認(親)					住民票異動日 (. .)												
	税額確認(扶養義務者)					保険扶養喪失日 (. .)												
	戸籍謄本					□ひとり親認定(事由: □生保廃止 □転入(. .))												
	民生委員証明					□前年度所得超過 □更新書未提出												
	同意書(扶養義務者)					□在学延長(□対象学校・学年確認) □他の福祉医療喪失(□喪失届)												
	申立書()					□その他()												
	児童扶養手当	□有 □無 □申請中										年	月	日	交付者			

● 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（マイナンバーによる情報連携を含む）。
- 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。