

# 福祉医療費受給者証交付・更新申請書(乳幼児・子ども用)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規(令和 年度) <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 世帯変更										受給者番号		
対象児童	フリガナ 氏名					生年月日							
						<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月			日
	住所(申請者と別居の場合)												
						<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月			日
	住所(申請者と別居の場合)												
						<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月			日
	住所(申請者と別居の場合)												

健康保険	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		年		月		日
	保険者番号				保険者名称							
	被保険者氏名				被保険者住所(別居の場合)							

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(更新)を申請します。																			
宇部市長 様										令和		年		月		日			
申請者(生計中心者)						配偶者													
フリガナ						フリガナ													
氏名			⑩			氏名			⑩										
住所			宇部市			住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
1月1日時点の住所(1~7月分は前年、8~12月分は本年)			<input type="checkbox"/> 上記と同じ			1月1日時点の住所(1~7月分は前年、8~12月分は本年)			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日	生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日
個人番号					-					個人番号					-				
電話番号(左詰め)					-					電話番号(左詰め)					-				
被保険者氏名(申請者及び配偶者と異なる場合)																			
氏名			⑩			1 自署の場合は押印省略可。 2 同意する者が自ら署名を行うこと。 3 代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。													

税額	申請者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	円 ⑯	人 ⑰	人	配偶者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	円 ⑯	人 ⑰	人
	申請書		<input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 海外			申請書		<input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 海外		

受付	添付書類等	済	不備	新規事由	<input type="checkbox"/> 出生(60日以内)	受付日	年	月	日	受付者	
	保険証				<input type="checkbox"/> 転入(転入日 . . . )	認定日	交付日	年	月	日	確認者
	所得確認(父)				<input type="checkbox"/> 生保廃止( . . . )						
	所得確認(母)				<input type="checkbox"/> 前年度所得超過						
	申立書( )				<input type="checkbox"/> 他の福祉医療の喪失						
	兄弟姉妹確認				<input type="checkbox"/> 更新書未提出						
	児童手当確認			<input type="checkbox"/> その他( )							
その他( )			<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 郵送	交付者							

※申請方法については裏面をご確認ください。

● 同意事項

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 申請者及び被保険者が宇部市乳幼児医療費助成要綱、宇部市子ども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。

● 申請に必要なもの

- 福祉医療費受給者証交付申請書(この書類)
  - お子様の健康保険証
  - 印鑑
  - 申立書 { 特例給付 ・ 無収入 ・ 海外収入 } ( 父 ・ 母 )
- <宇部市で課税状況が確認できない方（1月2日以降に宇部市に転入した方など）は下記も必要です。>
- マイナンバー(個人番号)が確認できるもの( 父 ・ 母 )  
マイナンバーカード、通知カード、マイナンバーの記載のある住民票のいずれか
  - 申請に来られる方の本人確認ができるもの  
顔写真付きのものであれば1点 (例)個人番号カード、運転免許証、パスポートなど  
顔写真付きでないものであれば2点 (例)健康保険証、年金手帳など

● 所得制限

乳幼児医療（未就学児）には所得制限はありませんが、子ども医療（小中学生）には所得制限があります。  
「児童の父母の市区町村民税所得割（所得割額は税額控除、特別控除前の額）の合計が136,700円以下であること（19歳未満の扶養親族の人数により基準を超えても該当になる場合あり）。」

● 助成の開始日

原則、助成の開始日は受給者証交付申請をした日の属する月の初日です。  
誕生日(誕生日を含む)から60日以内に申請をした場合に限り、誕生日が助成の開始日となります。  
**※出生の場合、誕生日(誕生日を含む)から60日以内に申請をお願いします。**  
誕生日から60日以内の申請が難しい場合は、事前に下記までお問い合わせください。

● 申請方法

① 窓口

宇部市役所子育て支援課(市役所 1階⑭番窓口)  
北部総合支所北部地域振興課  
各市民センター(東岐波・西岐波・厚南・原・厚東・二俣瀬・小野)

受付時間：午前8時30分～午後5時15分  
※毎週木曜日は、子育て支援課⑭番窓口で午後7時まで受付

② 電子申請（お子様の健康保険証は画像添付で提出してください。）

宇部市ホームページのオンラインサービス「うべ電子申請サービス」から手続きができます。スマートフォンの場合は右記QRコードをご利用ください。



③ 郵送（お子様の健康保険証の写しを同封して下記住所に送付してください。）

「お問い合わせ先」 〒755-8601 宇部市常盤町一丁目7番1号  
宇部市役所 子育て支援課 手当・医療係 TEL：0836-34-8332 FAX：0836-22-6051

【職員記入欄】

確認日 . . .

児童手当の案内 [ 新規 ・ 額改定 ・ 公務員 (勤務先) ・ 市外で受給 ・ その他 ( ) ]			確認者
市民税所得割額	( )年度		
申告の有無	父( 有 ・ 無 ・ 市外 )	母( 有 ・ 無 ・ 市外 )	
市民税額確認	父( 済 ・ 未 ・ 特例 )	母( 済 ・ 未 ・ 特例 )	
該当の有無	( 該当 ・ 不明 ) <input type="checkbox"/> 上のお子様受給中		

※被扶養者は申告とみなします。