

福祉医療費受給者証（乳幼児用） 交付申請書

下記のとおり福祉医療費受給者証（乳幼児用）の交付を申請します。なお、申請にあたり添付すべき税の証明に代えて、貴課職員が課税台帳を閲覧することを承認します。また下記の者は、防府市が防府市乳幼児医療費助成要綱第4条に基づく事務処理を処理するために限り、地方税・保険給付関係情報について取得することについて同意します。

高額療養費及び付加給付が発生した場合、その請求・受領の権限を市長に委任します。また、高額療養費及び付加給付を保険者から受領した場合は、相当額を市長に返還します。

太枠内の必要事項を記入ください。

|         |             |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|---------|-------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 申請年月日   |             | 年                      月                      日 |                                                                                                                                                             | 受給者証記号番号 |      | —                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 申請者氏名   |             |                                                 |                                                                                                                                                             | 電話番号     |      | 児童との続柄                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|         |             |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      | 1. 父                      2. 母                      3. その他（                      ）                                                                                                      |  |  |  |
| 児童氏名    |             |                                                 | 児童生年月日                                                                                                                                                      |          | 児童住所 |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|         |             |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| 所得制限対象者 | 続柄          |                                                 | 父                                                                                                                                                           |          |      | 母                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|         | フリガナ        |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|         | 氏名          |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|         | 住所          |                                                 | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                                 |          |      | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                                                             |  |  |  |
|         | 本年1月1日時点の住所 |                                                 | <input type="checkbox"/> 市内                      都・道                      市・区 <input type="checkbox"/> 市外                      府・県                      町・村 |          |      | <input type="checkbox"/> 同左                      都・道                      市・区 <input type="checkbox"/> 市内                      府・県                      町・村 <input type="checkbox"/> 市外 |  |  |  |
|         | 前年1月1日時点の住所 |                                                 | <input type="checkbox"/> 市内                      都・道                      市・区 <input type="checkbox"/> 市外                      府・県                      町・村 |          |      | <input type="checkbox"/> 同左                      都・道                      市・区 <input type="checkbox"/> 市内                      府・県                      町・村 <input type="checkbox"/> 市外 |  |  |  |
|         | 生年月日        |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|         | 個人番号        |                                                 |                                                                                                                                                             |          |      |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |

同意する者が自ら署名すること。代理人が署名する場合、本人から委任状をとること。

お子様の資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピーをここに貼り付けてください。

|                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                                                                                                                               |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| (                      /                      付転入・出生・                      )                                                                                                                                             |     | 祝                                                                                                                                                             |     |
| 父                                                                                                                                                                                                                        |     | 母                                                                                                                                                             |     |
| 税額                                                                                                                                                                                                                       |     | 税額                                                                                                                                                            |     |
| <input type="checkbox"/> 退職                                                                                                                                                                                              |     | <input type="checkbox"/> 退職                                                                                                                                   |     |
| <input type="checkbox"/> 他市受給者証（ 県 ・ 市 ）                                                                                                                                                                                 |     | <input type="checkbox"/> 特例                                                                                                                                   |     |
| 受付                                                                                                                                                                                                                       |     | 判定                                                                                                                                                            |     |
| <input type="checkbox"/> 保険情報<br><input type="checkbox"/> 所得確認( 父 ・ 母 )<br><input type="checkbox"/> 個人番号( 父 ・ 母 )<br><input type="checkbox"/> 申立書<br>(                      )<br><input type="checkbox"/> 非課税世帯(助産 有・無 ) |     | <input type="checkbox"/> 認定<br><input type="checkbox"/> 不認定<br><input type="checkbox"/> 保留<br>追加書類<br>(                      )<br><input type="checkbox"/> 郵送 |     |
| 認定年月日                                                                                                                                                                                                                    |     | . .                                                                                                                                                           |     |
| 交付年月日                                                                                                                                                                                                                    |     | . .                                                                                                                                                           |     |
| 受付者                                                                                                                                                                                                                      | 受付日 | 入力者                                                                                                                                                           | 入力日 |
|                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                                                                                                                               |     |

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| 父宛名番号 |  | 児童宛名番号 |  |
| 母宛名番号 |  | 申請者勤務先 |  |

|  |     |        |     |                                                      |
|--|-----|--------|-----|------------------------------------------------------|
|  | 補・単 | 保険者名：  | 記号： | 資格取得日：                      .                      . |
|  |     | 保険者番号： | 番号： | 本人・家族の別：    本人    ・ 家族                               |