

福祉医療費受給者証 交付申請書 (郵便申請用)

受給者	乳幼児等 医療	フリガナ			住所 (居住地)	
		氏名				男・女
		生年月日	年	月		日
保護者等氏名 (続柄)	氏名	( )	同・別	住所		
	(生年月日)	年	月	日		
保護者等氏名 (続柄)	氏名	( )	同・別	住所		
	(生年月日)	年	月	日		
加入 医療 保険	被保険者氏名				受給者との続柄	
	住所					
	保険種別				保険区分	
	被保険者証の記号番号					
	被保険者証発行機関名					
交付・更新 申請事由	① 出生のため。 5 障がい要件に該当したため。 ② 所得基準に該当したため。 6 該当年齢に到達したため。 ③ 転入してきたため。 7 他公費から移行したため。 ④ 保険に加入したため。 8 その他 ( )					
	交付事由発生年月日 年 月 日					
福祉医療判定 所得割額	受給者	円	保護者	円	保護者	円
審査	<input type="checkbox"/> 認定 ( 年 月 日から有効)			保 留	1 保険証確認 2 所得確認 3 その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 却下 (理由)					
同意事項	申請に必要な場合、世帯全員の住民票、世帯構成員の所得状況及び障がい者手帳の等級及び程度について、調査することに同意します。また、以後の各年度分についても同意します。当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等による高額療養費等に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である本市に委任します。上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合・芦屋市国民健康保険等保険者から被保険者情報及び給付情報等を得ること、また必要な際に当申請書を当該保険者へ提供することに同意します。					
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。						
年 月 日						
住所 氏名 (続柄 ) 電話番号						
芦屋市長 宛						

1 保護者等氏名の欄は同居を問わずご記入ください。

2 **お子様の健康保険証**の確認が申請要件となっていますので写しを裏面に貼りつけたうえご提出ください。※0歳児は所得制限がありません。

3 申請までに医療機関等で受診されている場合はこの申請での受給資格認定後に還付申請の手続きとなります。

検 証	入 力

○お子様の健康保険証の写しをこのページに貼り付けてください。

お子様の健康保険証の記号番号、氏名  
等が記載された部分の写しをこちらに  
貼り付けてください。

（ 申請・問い合わせ先 ）

芦屋市役所 地域福祉課 福祉医療係（市役所南館1階 ⑭番窓口）  
電話 （0797）38-2076（直通）