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 氏　　名 生年月日　　年　　月　　日	住所　（居住地）
保護者等氏名（続柄）	フリガナ 氏名　　（　　） （生年月日）　　年　　月　　日	同・別	住所　　☐ 受給者と同じ
保護者等氏名（続柄）	フリガナ 氏名　　（　　） （生年月日）　　年　　月　　日	同・別	住所　　☐ 受給者と同じ

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄
	住　　所	☐ 受給者と同じ	
	資格取得年月日	年　　月　　日	保険区分　　本人　・　家族
	記号番号	記号　　番号　　（枝番）	
	保険者番号		
	保険者名		

交付・更新申請事由	①　出生のため。 2　所得基準に該当したため。 3　転入してきたため。 4　保険に加入したため。	5　障がい要件に該当したため。 6　該当年齢に到達したため。 7　他公費から移行したため。 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	☐　認定（　　年　　月　　日から有効） ☐　却下（理由）	保留	1　保険情報確認 2　所得確認 3　その他（　　）

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・別居を問わずご記入ください。

2　**お子様の健康保険加入情報**の確認が申請要件となっていますので、裏面のとおり関係書類の写しを添えてご提出ください。

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

〇お子様の健康保険加入情報の記載された書類の写しを同封してください。

【必要書類】※以下のいずれかの写しを同封してください

・「資格情報のお知らせ」（A4 サイズ等）
マイナンバーカードの健康保険証利用をされる方に保険者より交付されます

・「資格確認書」（カードタイプ等）
マイナンバーカードの健康保険証利用をされない方に保険者より交付されます

・「医療保険の資格情報」（PDF ファイルを印刷）
マイナンバーカードの健康保険証利用をされる方がマイナポータルより取得できます

注：お子様のマイナンバーカード（写し含む）では情報の確認はできませんので、同封しないでください

（　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）