

福祉医療費受給者証 交付申請書（郵便申

記入例

※太枠内をご記入ください。

受給者	乳幼児等医療	フリガナ アシヤ コタロウ	住所（居住地） 芦屋市精道町7番6号	
		出生されたお子様の氏名		
		氏 名 芦屋 小太郎		
		生年月日 令和■■年〇月〇日		
保護者等氏名 （続柄）	フリガナ 氏名	アシヤ ハナコ 芦屋 花子（母） （生年月日） 平成 ●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	アシヤ タロウ 芦屋 太郎（父） （生年月日） 昭和 ●年 ●月 ●日	同・別	住所 ☐ 受給者と同じ 東京都〇〇区〇町△番×号
加入医療保険	被保険者氏名	芦屋 太郎		受給者との続柄 父
	住 所	☐ 受給者と同じ 東京都〇〇区〇町△番×号		
	資格取得年月日	令和■■年 〇月 〇日	保険区分	本人 ・ 家族
	記号番号	記号 ◎◎◎◎	番号 1 2 3 4 5	（枝番） 0 2
	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
	保険者名	〇△□×健康保険組合		
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。			
	交付事由発生年月日			
福祉医療判定 所得割額	受給者 円			
審 査	☐ 認定（ 年 月 ）		1 不特定継続的 2 所得確認 3 その他（ ）	
	☐ 却下（理由）		留	
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。			

- ① 氏名には必ずフリガナをご記入ください。
- ② 保護者等が単身赴任等で対象となる児童と異なる住所にお住いの場合は、当該別居の住所をご記入ください。
- ③ 加入医療保険についての情報は、保険加入後に保険者から提供される情報を元にご記入ください。
- ④ 被保険者氏名（扶養者）や資格取得年月日等の情報で、保険者が発行する書類のみでは情報が確認できない場合は、現況をご記入ください。
- ⑤ 申請書裏面に記載の必要書類を必ず同封してください。

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和■■年 〇月 ×日

申請される日を記入

住所 **芦屋市精道町7番6号**

氏名 **芦屋 花子**

（続柄 **母**）

電話番号 **080-〇〇-××××**

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