様式第２号　その２（第６条、第７条関係）

# 福祉医療費受給券交付（更新）申請書

| | | 氏　　名 | 生年月日 | 居住地（現住所） | 個人番号（12ケタ） |
|---|---|---|---|---|---|
| ①助成対象者 | A本人（母・父等）続柄 | | 年　月　日 | | |
| | B母・父等の扶養する18才未満の児童 | | 年　月　日 | □同上 | |
| | | | 年　月　日 | □同上 | |
| | | | 年　月　日 | □同上 | |
| | | | 年　月　日 | □同上 | |
| ②配偶者 | | | 年　月　日 | □同上 | |
| ③扶養義務者 | | | 年　月　日 | □同上 | |
| ④保護者 | | | 年　月　日 | □同上 | |

| C　加入医療保険 | ※医療保険証の写しを添付する場合は、記入を省略できます。 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A本人（母・父等） | 記号番号 | （記号） | （番号） | 被保険者氏名 | □A氏名と同じ |
| 保険者番号 | | | | 被保険者住所 | □A居住地と同じ |
| 保険者名称 | □国保　□後期高齢者医療<br>□全国健康保険協会　＿＿＿＿支部<br>□（その他）＿＿＿＿ | | | 認定年月日 | 年　月　日 |
| B母・父等の扶養する18才未満の児童 | 記号番号 | （記号） | （番号） | 被保険者氏名 | □B氏名と同じ |
| 保険者番号 | | | | 被保険者住所 | □B居住地と同じ |
| 保険者名称 | □国保　□後期高齢者医療<br>□全国健康保険協会　＿＿＿＿支部<br>□（その他）＿＿＿＿ | | | 認定年月日 | 年　月　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑤身体障害者手帳 | 番号 | 号 | 等級 | １級・２級・３級・その他 |
| ⑥療育手帳番号 | 番号 | 号 | 程度 | Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２ |
| ⑦特別児童扶養手当証書 | 番号 | 号 | 等級 | １級・２級 |
| ⑧児童扶養手当証書 | 番号 | | | |
| ⑨年金証書 | 番号 | | | |

上記のとおり、米原市福祉医療費助成条例施行規則第６条（第７条）の規定により、受給券の交付（更新）を受けたいので申請します。なお、申請にあたり、下記の３点について同意します。

１　受給申請時、受給期間中および更新時に、米原市福祉医療費助成条例第３条に規定する所得等を個人番号等により調査・確認すること。

２　受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算を含む。）のうち、福祉医療受給にかかる分の申請および受領について米原市長に委任すること。

３　助成された福祉医療費のうち、保険者から附加給付または高額療養費を受けたときは、給付された相当額を返還すること。

年　　月　　日

住　所

申請者　氏　名

電話番号

米原市長　様

○　裏面の注意をよく読んで書いてください。

○　※印欄は記入しないでください。

○　重度心身障がい者(児)の方は、身体障害者手帳または療育手帳を持参してください。

（裏　面）

注　意

この用紙は、福祉医療費受給券交付申請書または福祉医療費受給券更新申請書を提出する際に使用してください。

受給券の交付申請をする場合には、標題の「更新」の字句を抹消して提出してください。

また、受給券の更新申請をする場合には、標題の「交付」の字句を抹消して提出してください。

①　の　欄

「本人」A欄には、助成対象者本人について記入してください。

ただし、母子家庭の場合には、18才未満の児童を扶養している配偶者のない女子(以下「母等」という。)について記入してください。

「母等の扶養する18才未満の児童」B欄には、母子家庭で当該母子家庭の母等が現に扶養し、医療費給付の対象となる18才未満の児童について記入してください。

また、父子家庭の場合には、18才未満の児童を扶養している配偶者のない男子(以下「父等」という。)について記入してください。

「父等の扶養する18才未満の児童」B欄には、父子家庭で当該父子家庭の父等が現に扶養し、医療費給付の対象となる18才未満の児童について記入してください。

ただし、B欄は、母子家庭・父子家庭以外の場合は記入する必要がありません。

「加入医療保険」C欄には、持っておられる医療保険証により記号番号、保険者番号、保険者名称、認定年月日等を記入してください。

ただし、医療保険証の写しを添付する場合は、記入する必要はありません。

②　の　欄

「配偶者」欄には、①の欄「本人」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。

③　の　欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者(本人)の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。

④　の　欄

「保護者」欄には、「重度心身障がい者(児)」についての医療費の公費負担を受けようとする人について、当該重度心身障がい者(児)を常時介護している人について記入してください。この場合、③の欄と同一人になる場合があります。

⑤　の　欄

「身体障害者手帳番号」欄には、助成対象者(本人)が身体障害者手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号を記入し、等級については、該当する数字を○で囲んでください。

⑥　の　欄

「療育手帳番号」欄には、助成対象者(本人)が療育手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号を記入し、障がいの程度について該当する文字を○で囲んでください。

⑦　の　欄

「特別児童養手当証書番号」欄には、助成対象者(本人)または助成対象者を扶養している者が特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、特別児童扶養手当を受給している場合は交付している手当証書の番号を記入してください。

なお、中度障がい等で当該手当を受給している場合は記入の必要はありません。

⑧　の　欄

「児童扶養手当証書番号」欄には、助成対象者(本人)が児童扶養手当法に基づく児童扶養手当を受給している場合は交付している手当証書の番号を記入してください。

⑨　の　欄

「年金証書番号」欄には、助成対象者(本人)が年金を受給している場合は、当該年金証書の番号を記入してください。

添　付　書　類

①　知的障がい者

児童相談所、更生相談所が発行した判定書または判定証明書(ただし療育手帳所持者は除く。)

②　母子家庭

民生委員児童委員、母子・父子自立支援員またはひとり親家庭福祉推進員が証明した様式第２号(その５)による母子家庭福祉医療証明書(ただし、現に児童扶養手当または、遺族基礎年金等の受給により、母子家庭の確認ができる場合は添付書類の必要がありません。)

③　父子家庭

民生委員児童委員、母子・父子自立支援員またはひとり親家庭福祉推進員が証明した様式第２号(その６)による父子家庭福祉医療証明書(ただし、現に児童扶養手当または、遺族基礎年金等の受給により、父子家庭の確認ができる場合は添付書類の必要がありません。)

④　ひとり暮らし寡婦、ひとり暮らし高齢寡婦

様式第２号(その７)によるひとり暮らし(高齢)寡婦申立書