

福祉医療費受給者証

- { 1 乳幼児及び小学生 2 重度障害(児)者
3 高齢身体障害者 4 ひとり親家庭の児童 }

交付(更新)申請書

【 出生・転入・生保廃止・父母(結婚・離婚・死別)・その他() 】

区分		受給者証番号	受給者氏名	続柄	生年月日	住所	個人番号	受理年月日(収受印)	決裁権者	班員
					大・昭・平・令	美郷町			決裁	
					大・昭・平・令	□同上				
					大・昭・平・令	□同上				決裁年月日
		申請者		本人	大・昭・平・令	□同上		勤務先	(名称)	(伺い) 受給資格審査の結果、 次のとおりであったので、 (受給者証・却下通知書) を交付します。 令和 年 月 日
		配偶者			大・昭・平・令	□同上			(名称)	
		扶養義務者			大・昭・平・令	□同上			(名称)	

※申請者は、太枠の中だけを記入してください。

加入医療保険	被保険者名	続柄	保険種別	記号・番号	保険者名	資格取得(認定)年月日	受給資格の判定	該当・非該当
	本人 家族 その他		国保・協会けんぽ 共済・健保組合 国保組合・後期 ()	(記号) (番号)	(名称) (所在地)	被保険者 昭・平 受給者	交付事由発生年月日 (有効期間の始期)	
受給者証交付申請事由	1 高齢身障者(4~6級) 2 重度身障者(1~3級) 3 療育手帳(A)所持者	1 身障手帳 2 療育手帳	秋田県 交付 号 再交付	昭・平 昭・平	次回判定(A) 昭・平	・非該当の事由	有効期限	
4 ひとり親家庭の児童	公的年金等の受給状況 ひとり親家庭となった事由	児扶手当・特児扶手当・母子年金 遺族年金・その他()	死亡 離婚 (H . . .) (H . . .)	記号 番号	(受給者氏名) 支給開始年月日	・却下通知書の交付等		
5 乳幼児及び小学生	父母の障害状況	父	母					
6 72→77に移行 73→78に移行	後期高齢者医療被保険者証番号		健康手帳交付年月日		年月日	{ 年月日申請者に対し却下通知書を交付・送付 }		

所得状況等	令和 年度	所得状況	受給者()	申請者()	配偶者()	扶養義務者()	この申請書に記載のとおり福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。 なお、申請にあたり私の世帯員に係る所得状況等の閲覧を認め、以後の登録更新時において、美郷町の保有する公簿等により、所得状況等更新申請に必要な事項を調査することを承認するとともに、自動更新を依頼します。 また、福祉医療費受給期間内に係る高額療養費等の代理請求・受領についても美郷町長に委任するので、受領した高額療養費等については、美郷町が保険医療機関等に支払う福祉医療費に充当してください。 令和 年 月 日 美郷町長 様 申請者 氏名 _____ 電話番号 _____ - _____
	令和 年度	扶養親族等の数	特定() 老扶()				
	令和 年度	前年(前々年)の所得額	円	円	円	円	
	令和 年度	雑損・医療費・小規模共済掛金・配偶者特別	雑 円 小 円	雑 円 小 円	雑 円 小 円	雑 円 小 円	
	令和 年度	社会保険料	円	円	80,000 円	80,000 円	
	令和 年度	扶養親族等数	障・特障 人・特扶 人	障・特障 人・特扶 人	障・特障 人・特扶 人	障・特障 人・特扶 人	
	令和 年度	本人	障・特障・勤労寡・ひとり親 円	障・特障・勤労寡・ひとり親 円	障・特障・勤労寡・ひとり親 円	障・特障・勤労寡・ひとり親 円	
	令和 年度	免除農業所得額	円	円	円	円	
	令和 年度	控除後の所得額	円	円	円	円	
	令和 年度	所得制限基準額	円	円	円	円	
令和 年度	町民税所得割額	円	円	円	円		
令和 年度	町民税均等割額	円	円	円	円		

記入例

者証 { 1 乳幼児及び小学生 2 重度障害(児)者 3 高齢身体障害者 4 ひとり親家庭の児童 } 交付(更新)申請書

区分 【 出生・転入・生保廃止・父母(結婚・離婚・死別)・その他() 】

受給者証番号	受給者氏名	続柄	生年月日	住所	個人番号	受理年月日(収受印)	決裁権者	班員
	ミサト イチロウ 美郷 一郎	子	大・昭・平 令 5.11.1	美郷町土崎字上野乙170-10			決裁	
			大・昭・平・令	□同上				
			大・昭・平・令	□同上				決裁年月日 令和 年 月 日
申請者	美郷 太郎		大・昭・平 令 11.11.1	☑同上		勤務先	(名称) (株)△△建設	(伺い) 受給資格審査の結果、次のとおりであったので、(受給者証・却下通知書)を交付します。
配偶者	美郷 花子		大・昭・平 令 11.12.1	☑同上			(名称) (株)〇〇 美郷店	令和 年 月 日
扶養義務者			大・昭・平・令	□同上			(名称)	

※申請者は、太枠の中だけを記入してください。

加入医療保険	被保険者名	続柄	保険種別	記号・番号	保険者名	資格取得(認定)年月日	受給資格の判定	該当・非該当
	本人 家族 その他		国保・協会けんぽ 共済・健保組合 国保組合・後期 ()	(記号) (番号)	(名称) (所在地)	昭・平 昭・平	交付事由発生年月日 (有効期間の始期)	
						被保険者 受給者	有効期限	
受給者証交付申請事由	1 高齢身障者(4~6級) 2 重度身障者(1~3級) 3 療育手帳(A)所持者	1 身障手帳 2 療育手帳	秋田県 交付 号 再交付	昭・平 昭・平	次回判定(A) 昭・平	・非該当の事由	{ 却下通知書の交付等 } { 年月日申請者に対し却下通知書を交付・送付 }	氏名 ⑥ 記載事項等 照合簿 確認印 戸籍簿 住民基本台帳 課税台帳 医療保険証 身障手帳 療育手帳 公的年金等支給等
4 ひとり親家庭の児童	公的年金等の受給状況 ひとり親家庭となった事由	児扶手当・特児扶手当・母子年金 遺族年金・その他()	死亡 離婚 (H . .) (H . .)	生死不明・遺棄・海外・重度の障害 拘禁・未婚の母・その他()	(受給者氏名) 支給開始年月日	・却下通知書の交付等		
5 乳幼児及び小学生	父母の障害状況	父	母					
6 72→77に移行 73→78に移行	後期高齢者医療被保険者証番号		健康手帳交付年月日		年月日			

所得状況等	令和	所得状況	受給者	申請者	配偶者	扶養義務者	
	令和 年度 控除 額	扶養親族等	特定(人) 老扶(人)				
		前年(前々年)の所得額	円	円	円	円	円
		雑損・医療費・小規模共済掛金・配偶者特別	雑 円 小 円	雑 円 小 円	雑 円 小 円	雑 円 小 円	雑 円 小 円
		社会保険料	円	円	80,000 円	80,000 円	円
		扶養親族等数	障・特障 特扶 人				
		本人	障・特障・勤労 寡・ひとり親 円				
		免除農業所得額	円	円	円	円	円
		控除後の所得額	円	円	円	円	円
		所得制限基準額	円	円	円	円	円
町民税所得割額		円	円	円	円	円	
町民税均等割額	円	円	円	円	円		

この申請書に記載のとおり福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。
 なお、申請にあたり私の世帯員に係る所得状況等の閲覧を認め、以後の登録更新時において、美郷町の保有する公簿等により、所得状況等更新申請に必要な事項を調査することを承認するとともに、自動更新を依頼します。
 また、福祉医療費受給期間内に係る高額療養費等の代理請求・受領についても美郷町長に委任するので、受領した高額療養費等については、美郷町が保険医療機関等に支払う福祉医療費に充当してください。

令和 6 年 4 月 1 日
美郷町長 様

申請者 氏名 美郷 太郎

電話番号 0187 - 84 - 4907 ※携帯電話でも可