

福祉医療費受給券 { 交付・更新 } 申請書

|         |                                 |        |             |             |       |               |             |             |                       |
|---------|---------------------------------|--------|-------------|-------------|-------|---------------|-------------|-------------|-----------------------|
| ① 助成対象者 | 氏 名                             |        | 男<br>女<br>別 | 個 人 番 号     | 現 住 所 | C 加 入 医 療 保 険 |             |             | 助<br>象<br>成<br>対<br>否 |
|         |                                 |        |             | 生 年 月 日     |       | 記号番号・保険者名・所在地 |             | 附<br>加      |                       |
|         | A 本人<br>(母父等)                   |        | 男<br>女      |             |       | 記号番号          | 保険者名        | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否           |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       | 所 在 地         |             |             |                       |
|         | B<br>1 母・父等<br>8 才未満の扶養する<br>児童 |        | 男<br>女      |             |       | 記号番号          | 保険者名        | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否           |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       | 所 在 地         |             |             |                       |
|         |                                 |        | 男<br>女      |             |       | 記号番号          | 保険者名        | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否           |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       | 所 在 地         |             |             |                       |
|         |                                 |        | 男<br>女      |             |       | 記号番号          | 保険者名        | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否           |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       | 所 在 地         |             |             |                       |
|         |                                 | 男<br>女 |             |             | 記号番号  | 保険者名          | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否 |                       |
|         |                                 |        | 昭・平・令 年 月 日 |             | 所 在 地 |               |             |             |                       |
| ②配偶者    | 夫・妻                             |        | 男<br>女      |             |       | 記号番号          | 保険者名        | 有<br>・<br>無 | 要<br>・<br>否           |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       | 所 在 地         |             |             |                       |
| ③扶養義務者  |                                 |        | 男<br>女      |             |       | 摘 要           |             |             |                       |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       |               |             |             |                       |
| ④保護者    |                                 |        | 男<br>女      |             |       |               |             |             |                       |
|         |                                 |        |             | 昭・平・令 年 月 日 |       |               |             |             |                       |

| 所得状況                  |                                      | 助成対象者の所得状況       |         | 配偶者の所得状況         |              | ③の扶養義務者の所得状況     |     |
|-----------------------|--------------------------------------|------------------|---------|------------------|--------------|------------------|-----|
| 扶養親族等控除               |                                      |                  |         |                  |              |                  |     |
| ⑤                     | 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数<br>(うち障害・老人扶養親族の数) | 人 ( 障 人 )<br>老 人 |         | 人 ( 障 人 )<br>老 人 |              | 人 ( 障 人 )<br>老 人 |     |
| ⑥                     | 前 年 の 所 得 額                          | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
| ⑦ 控 除                 | 雑 損                                  | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
|                       | 医 療 費                                | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
|                       | 社 会 保 険 料 等 相 当 額                    | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
|                       | 小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金                  | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
|                       | 配 偶 者 特 別 控 除                        | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
|                       | 障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数    | 人                | ※ 円     | 人                | ※ 円          | 人                | ※ 円 |
|                       | 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数            | 人                | ※ 円     | 人                | ※ 円          | 人                | ※ 円 |
|                       | 障害者、特別障害者、寡婦、ひとり親、勤労学生の特             | 障 特 障 寡 ひとり 勤    | ※ 円     | 障 特 障 寡 ひとり 勤    | ※ 円          | 障 特 障 寡 ひとり 勤    | ※ 円 |
|                       | 地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額                | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
| 本 年 の 災 害             | 円                                    | ※ 円              | 円       | ※ 円              | 円            | ※ 円              |     |
| ※ 控 除 後 の 所 得         |                                      | 円                |         | 円                |              | 円                |     |
| ※ 課 税 の 区 分 ( 市 民 税 ) |                                      | 課 税 ・ 非課税        |         | 課 税 ・ 非課税        |              | 課 税 ・ 非課税        |     |
| ⑧                     | 身 体 障 害 者 手 帳 番 号                    | 号                | 1・2・3 級 | ⑩                | 特別児童扶養手当証書番号 | 号                | 級   |
| ⑨                     | 療 育 手 帳 番 号                          | 号                | A ・ B   | ⑪                | 児童扶養手当証書番号   |                  |     |
|                       |                                      |                  |         | ⑫                | 年金証書番号       |                  |     |

上記のとおり、高島市福祉医療費助成条例施行規則第9条、第10条の規定により、受給券の { 交付・更新 } を申請します。  
なお、申請にあたり、下記の2点について同意します。

1. 受給申請時および受給期間中に、助成対象者、配偶者および扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格にかかる項目について調査・確認すること。
2. 加入医療保険から附加給付または高額療養費を支給されたときは、先に高島市が医療機関等に支払った附加給付または高額療養費に相当する額を高島市の指定する方法により返還すること。

年 月 日

住所

申請者

氏 名

高 島 市 長 様

電話番号 ( )

○ ※印欄は記入しないでください。 ○ 重度心身障害者(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。  
○ 附加給付とは、ご加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。