

福祉医療費受給者証交付・更新申請書

受給者	住所	光市		
	氏名	生年 月日	年 月 日	受給者証の記号番号
	氏名	生年 月日	年 月 日	受給者証の記号番号
	氏名	生年 月日	年 月 日	受給者証の記号番号
	父	氏名：	生年月日：	年 月 日
	母	氏名：	生年月日：	年 月 日
加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄
	保険種別	協組日船共国退		記号番号
	発行機関名	保険者番号	保険者名称	
	所在地			
<p>同意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 福祉医療費受給者証交付・更新要件確認のため、課税状況及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。(第2条第2項第1号に掲げる者に限る。) 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、当該支給の申請及び受領について光市長に委任すること。 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等による医療費の給付を受ける場合において、既にこの告示に基づく助成を受けているときは、当該給付を受けた額の範囲内において当該助成を受けた額を市へ返還すること。 医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を保険者に対して市長が確認すること。 この告示又はこの告示に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。 <p>上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p> <p style="text-align: right;">(保護者) 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(電話 _____ - _____)</p> <p>光市長 様</p>				

※光市記入欄 (記入しないでください。)

<input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> 同意書				受付欄
市町村民税所得割額	父	円	年少 人×19,800円 旧特定 人× 7,200円	
	母	円	年少 人×19,800円 旧特定 人× 7,200円	
	合計	円		