（様式1号）

# 福祉医療費受給者証交付（更新）申請書

| 法別 | | 資格区分 | □ 乳幼児及び小中学生　□ ひとり親家庭の児童　□ 重度心身障害（児）者<br>□ 高齢身体障害者 |
|---|---|---|---|

| 受給者証番号 | フリガナ<br>受給者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 住所 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | 大館市 |
| | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |
| | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |
| | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |
| 申請者 | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |
| 配偶者 | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |
| 扶養義務者 | | | 大・昭・平・令<br>・　・ | 男・女 | |

| 判定 | □ 該当 ・ □ 非該当 〔非該当理由：□ 所得制限超　□ 社保本人　□ その他（　　）〕 |
|---|---|
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |

| 加入医療保険 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | | 保険者番号 | | 記号・番号 | |
| 保険種別 | 協会・組保・共済・国保・国組・日雇・船員・後期 | | | 加入日 | 年　月　日 |

| 申請事由 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 乳幼児及び小中学生 | □ 乳幼児及び小中学生<br>□ 入院限定〔入院期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日〕 | | | | |
| ひとり親家庭の児童 | □ 死亡（　・　・　）□ 離婚（　・　・　）□ 生死不明　□ 遺棄　□ 海外　□ 重度障害<br>□ 拘禁　□ 未婚の母　□ その他（　　） | | | | |
| 重度心身障害（児）者・高齢身体障害者 | 手帳区分 | □ 身障手帳（　種　級）□ 療育手帳A | 社保本人 | □ 該当 □ 非該当 | |
| | 手帳交付日 | 令和　　年　　月　　日 | 次回判定時期 | 令和　　年　　月　　日 | |

記事

下記の事項について同意し、この申請書の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。

⑴ 私（申請者）及び私の世帯員等について、この申請に係る判定に必要な所得状況等の調査を大館市長が行うこと。

⑵ この申請以後の年度の受給者証の更新時に、受給者が大館市福祉医療費支給要綱に定める資格要件に該当する限りにおいて、大館市が保有する公簿等により所得状況等更新に必要な事項の調査を大館市長が行い、受給者証を自動更新とすること。

⑶ この申請及びこの申請以後の年度の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、大館市長に委任すること。ただし、受領した高額療養費等の額が大館市の保険医療機関等に支払う福祉医療費の額を上回る場合は、その上回る額を私に支払うものとする。

令和　　年　　月　　日

大館市長　　様

申請者住所

申請者氏名　　㊞

電話番号　　受給者との続柄

| 担当者印 | 受付者印 | 受付印 |
|---|---|---|
| | | |