様式第１号（その１）（第４条関係）

福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

申請区分	高齢期移行	乳幼児	こども	重度障害	高齢重度

受給者	フリガナ		性別	住所
	氏名		男・女	
	生年月日	年　月　日		
配偶者	氏名			住所　□受給者に同じ
扶養義務者 民法第877条第１項に定める扶養義務者	氏名		続柄	住所　□受給者に同じ

		助成対象者の所得状況	配偶者の所得状況	扶養義務者の所得状況
年金収入		円	円	円
公的年金等以外雑所得		円	円	円
雑所得以外所得		円	円	円
総所得額		円	円	円
市民税所得割額		円	円	円
控除	小規模共済等掛金	円	円	円
	雑損控除	円	円	円
	医療費控除	円	円	円
	給与所得調整控除	円	円	円
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人・特定扶養親族の数）		人　老人　人　特定　人	人　老人　人　特定　人	人　老人　人　特定　人
扶養人数	普通障害者	人	普通障害者　人	普通障害者　人
	特別障害者	人	特別障害者　人	特別障害者　人
本人該当		障害　特別　寡婦（夫） ひとり親　勤労学生	障害　特別　寡婦（夫） ひとり親　勤労学生	障害　特別　寡婦（夫） ひとり親　勤労学生
地方税法附則第６条第２項または租税措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律（昭和47年法律第14号）附則第８条の免除に係る所得額		円	円	円

加入医療保険	被保険者氏名		種類	□本人 □被扶養者	付加給付	有・無
	保険種別	市町村国保　国保組合　協会けんぽ 健康保険組合　共済組合　後期高齢	記号番号	記号	番号	枝番
	保険者名称	（保険者番号　　）		資格取得年月日	年　月　日	

障害の状況	障害の認定年月日	障害の程度	基礎となった書類
	年　月　日		身障・福祉・療育

受給者証(交付･更新)申請事由	１．条例第２条（１）（２）（３）（６）（７）（８）に新たに該当するようになったため ２．転入してきたため　３．医療保険に新たに加入したため ４．高確法の医療受給者となったため ５．その他（　　） ※支給申請事由発生年月日　年　月　日
審査	

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。なお福祉医療費助成対象者の決定に際し、記載内容及び扶養義務者となる世帯員の所得状況について調査することに同意します。また、当事業において、公費で現物支給された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である養父市に委任します。また、このことに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合から後期高齢者医療に係る被保険者情報及び給付情報等を得ること、及び必要な際に当申請書を兵庫県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

年　月　日

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□ 受給者に同じ

養父市長　様

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

受付担当者：