

受付	年 月 日	決裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当
決裁	年 月 日						
交付	年 月 日						

福祉医療費受給者証交付申請書(兼)受給資格者台帳(兼)交付台帳(父子家庭用)

受給資格者	区分	氏 名	続 柄	生年月日	住 所	※受給資格者番号										※有効期間												
	父		/	. .												から まで												
					個人番号																							
	児 童			. .												から まで												
					個人番号																							
							. .												から まで									
									個人番号																			
							. .												から まで									
									個人番号																			
			. .												から まで													
個人番号																												
児 童 の 父 母 等 の 状 況		母	ア. 離婚 イ. 死亡 ウ. 障害 エ. 生死不明 オ. 遺棄 カ. 拘禁 キ. 未婚の男子で母がいない ク その他()																									
		父	ア 受給者 イ その他()																									
		養 育 者	受給資格者との関係()																									
公 的 年 金 状 況		ア. 児童扶養手当 イ. 年金 () ウ. 申請中(ア・イ) エ. その他()																										
扶養親族等控除		所得状況		受 給 者 (父)					配 偶 者 氏名()					扶 養 義 務 者 氏名()														
		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち特定扶養親族等の数)(うち老人扶養親族等の数)		人 (人)					人 (人)					人 (人)														
所 得 金 額		円					円					円																
控 除	雑 損	円					円					円																
	医 療 費	円					円					円																
	社 会 保 険 料	円					円					円																
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円					円					円																
	配 偶 者 特 別	円					円					円																
	障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	※	円			人	※	円			人	※	円														
	特別障害者である控除対象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、勤労学生の特例	障・特障・勤・寡・ひ	※	円			障・特障・勤・寡・ひ	※	円			障・特障・勤・寡・ひ	※	円														
	公共用地取得に伴う土地代金等に係る特別控除	円					円					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 度 の 災 害 、 医 療 費		円	※	円			円	※	円			円	※	円														
控 除 後 の 所 得 額		円					円					円																
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名						続 柄						住 所															
	保 険 種 別						被 保 険 者 日 雇 特 例	1. 本人 2. 家族					記 号 番 号															
	保 険 者 名						保険者住所					附加給付の有無 有 ・ 無																
	審 査	適 ・ 否	身分確認					資格審査日																				
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、受給資格の認定の審査のため、受給資格者及び世帯員に係る個人情報に関する公簿等を閲覧、調査すること及び個人番号を利用して特定個人情報を取得することについて承諾するとともに、認定された場合は、受給資格者であることに関する情報を医療保険の保険者へ提供することに同意します。また、高額療養費の請求及び受領について、世帯員及び被保険者は美濃加茂市長へ委任します。 美濃加茂市 住所 _____ 年 月 日 申請者 氏名 _____ 美濃加茂市長 (氏 名) 宛 電話 (_____) 離婚／死亡 ・ ・ 転居 ・ ・ 保険 ・ ・ 【養育費所得】 _____ 円 (8割) _____ 円																												

福祉医療費受給について（確認表兼同意書）

1. 児童扶養手当の受給資格者若しくは、遺族年金受給対象者であること

父子家庭の福祉医療費受給者証は、児童扶養手当の認定を受けている者又は遺族年金の受給者が対象となります。児童扶養手当を喪失する場合や、遺族年金の受給が受けられなくなった場合、福祉医療費の受給資格も喪失します。

2. 所得の申告を行うこと

福祉医療費受給資格認定の際に、所得審査を行います。福祉医療費受給資格者及び福祉医療費受給資格者と同居している者は必ず所得の申告をしてください。所得の確認ができない場合、受給者証が発行できません。

3. 健康保険の資格が無いと福祉医療費受給者証は使用できません。

社会保険各法による被保険者、加入者若しくは組合員又は高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)による被保険者で無い場合は、福祉医療費受給者証は使用できません。また、加入保険が変更になった場合は報告してください。

4. 資格を喪失した際は、受給者証を返却すること。

婚姻や転出等の事由により、受給資格を喪失する場合は速やかに受給者証を返却してください。

5. 福祉医療費受給者及び世帯員に関する税務情報について

美濃加茂市福祉医療費助成に関する受給資格の認定及び更新のため必要があるときは、美濃加茂市が受給資格者、受給資格者の配偶者及び扶養義務者の収入等についての税務情報を利用することについて同意します。

税務情報を利用することに同意する者

[illegible]