

様式第1号の2 (第2条及び第9条関係)

受付	年	月	日	決 裁	課長	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

(母子家庭等用)

フリガナ	氏名	生年月日	続柄	住所	個人番号
受給資格者		・	・		
受給者		・	・		
受給資格者の配偶者					
①扶養義務者					

扶養親族等控除	所得状況	受給資格者	配偶者	扶養義務者	
②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 (人)	
③所得金額		円	円	円	
④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
	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
	障害者、特別障害者、寡婦 (夫)、寡婦特例、勤労学生の特例	障・特障・勤・寡・寡特 ※	円	障・特障・勤・寡・寡特 ※	円
	公共用地取得に伴う土地代金等に係る特別控除				
	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 ※	
控除後の所得額		円	円	円	

加入医療保険	被保険者氏名	受給資格者との続柄		住所
	保険種別	被保険者証別	1. 退職 2. 日雇特例	1. 本人 2. 家族
	保険者名	保険者住所		記号番号 附加給付の有無 有 ・ 無

身体障害者手帳	発行者	交付 (認定) 年月日	番号	等級 (項症) 等
戦傷病者		年 月 日		
知的障害者療育手帳		年 月 日		
	判定書	年 月 日		1. 最重度 2. 重度 3. 中度
精神障害者保健福祉手帳		年 月 日		級
審査	適・否	身分確認	受給資格者番号	

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。また、高額療養費及び高額介護合算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。
 なお、受給資格審査・高額療養費代理請求のため職員が自己及び世帯員の税務資料、各種手当の受給状況や保険情報を閲覧・交付申請及び証明受領することについて承諾し、福祉医療費受給者としている2年以内の期間は、必要事項に関する個人情報を関係機関へ提供することに同意し、裏面記載事項について理解しました。

年 月 日 住所 美濃加茂市
 申請者 氏名 _____
 電話 () - - _____
 美濃加茂市長 あて

年 月 日 から 年 月 日 まで

福祉医療費受給について（同意書）

1. 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と、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。

2. 健康保険証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証、加入者証若しくは組合員証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）による被保険者証が無い場合は、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。

3. 資格を喪失した際は、受給者証を返却すること

障害等級の変更や転出等の事由により、受給資格が喪失になる場合は速やかに受給者証を返却してください。

4. 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

受給資格者	氏名（自署）		生年月日	年 月 日	
	住 所	美濃加茂市			
	続 柄	（本 人）	個人番号		
扶養義務者 （配偶者及び被保険者含む）	氏名（自署）		生年月日	年 月 日	
	住 所	美濃加茂市			<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	続 柄		個人番号		
扶養義務者 （配偶者及び被保険者含む）	氏名（自署）		生年月日	年 月 日	
	住 所	美濃加茂市			<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	続 柄		個人番号		
扶養義務者 （配偶者及び被保険者含む）	氏名（自署）		生年月日	年 月 日	
	住 所	美濃加茂市			<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	続 柄		個人番号		
扶養義務者 （配偶者及び被保険者含む）	氏名（自署）		生年月日	年 月 日	
	住 所	美濃加茂市			<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	続 柄		個人番号		