様式第１号(第３条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉医療費受給資格 | 認定更新 | 申請書 |
| 　 | 支給対象者 | 保護者（受給者） |
| フリガナ氏名 | 　 | 　 | 支給対象者との続柄 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日（年齢）・性別 | 　　年　　月　　日（　　歳）（　男　・　女　） | 　　年　　月　　日（　　歳）（　男　・　女　） |
| 住所 | 　 | 　 |
| 受給資格等 | 　身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳 |
| 交付番号 | 県　第　　　　　　　　号 |
| 級号・等級 |  |
| 加入医療保険 | 加入医療保険の名称 | 　 | 資格確認書等の記号・番号 |
|  |
| 被保険者氏名（世帯主） | 　 | 支給対象者との続柄 | 附加給付 | 有 ・ 無 |
| 　 | 支払金融機関名 |  |
| 資格確認書等の発行機関 | 名称 | 　　 | 口座番号 |  |
| 所在地 | （電話番号　　　　　 　　） | 口座名義人 |  |
| 上記のとおり福祉医療費受給資格認定（更新）を申請します。あわせて、福祉医療費支給を受けるにあたり、次の事項に同意します。１　この制度の資格認定及び更新時の審査・認定、福祉医療費支給申請に対する審査・支給額決定にあたり、世帯の所得状況等を公簿又は個人番号により確認することに同意します。　２　福祉医療費支給の算定に必要な被保険者、被扶養者及び世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を市長が保険者へ確認することに同意します。３　市が支給した福祉医療費については、事後に保険者が規定する高額療養費、附加給付金等を受領した場合、その受領額と重複する医療費相当額を市へ返還することに同意します。年　　月　　日松浦市長　　　　様 |
| 申請者  | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| （電話番号　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証の記号・番号 | 認定 | ※号 | 更新 | ※号 |

注意　裏面の注意事項等をよく読んで記入してください。

(裏)

１　記入上の注意

　（１）支給対象者、保護者(受給者)の欄

ア　氏名に必ず「フリガナ」をつけてください。

イ　男・女の別は、該当文字を○で囲んでください。

　（２）受給資格等の欄

　身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の別は手帳所持によって、該当文字を○で囲んでください。

　（３）申請者

　　　　受給者の氏名を記入してください。なお、受給者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

　（４）※印の欄は記入しないでください。

２　添付書類等

　この申請書を提出される際は、必ず印鑑と資格確認書等を持参のうえ、次の書類(手帳)等を添付してください。

（１） 身体障害者手帳

（２） 療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳

（３） 福祉手帳認定通知書

（４） 障害児福祉手当認定通知書又は特別障害者手当認定通知書

　※上記通知書又は証書がない方は、福祉医療費所得状況届を添付してください。

ただし、公簿又は個人番号により、添付書類と同一の内容を含む特定個人情報の提供を受けることができるときは、当該書類の添付を省略することができます。