様式第１号の３（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（母子家庭等）

受給資格者	区分	氏名	生年月日	住所	負担者番号/受給資格者番号
	母				
			個人番号		
	児童			□同上	
			個人番号		
				□同上	
			個人番号		
				□同上	
			個人番号		

証交付申請事由	１．認定請求　２．転入　３．保険加入 ４．生保廃止　５．所得超過解消　６．その他	前住所	年　月　日転入

支払口座の指定	金融機関名・支店名	口座種別	口座番号	口座名義

医療保険の加入状況		
被保険者記号番号	記号	
	番号	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
被保険者個人番号		
被保険者生年月日		
被保険者住所		
保険者名		
保険者番号		
認定日		

◆医療保険の資格情報が分かるものを、太枠内に添付し、又は窓口で提示してください。
（例：マイナポータルの画面、資格確認書、資格情報のお知らせ）

※サイズが大きい場合は裏面に貼り付けてください。

＜ 市 役 所 確 認 欄 ＞
□提示：確認書類（　　）
確 認 者（　　）

上記のとおり、各務原市福祉医療費助成制度（母子家庭等）による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、医療保険の加入状況等の必要な情報を閲覧すること並びに母又は養育者、その配偶者及び扶養義務者の税務情報を閲覧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、被保険者（国保の場合は世帯主）は、各務原市長に委任します。

（宛先）　各務原市長　　申請年月日　　年　　月　　日

申請者
住所　　各務原市
氏名　　（電話番号　　－　　－　　）
被保険者名(国保の場合は世帯主名)

＜ 市 役 所 確 認 欄 ＞

児童の父母等の状況			公的年金等受給状況	
	父	１．離婚　２．死亡　３．父が障害　４．生死不明　５．遺棄　６．拘禁 ７．未婚の女子で父がいない　８．その他（　　）		１．児童扶養手当 ２．年金　（　　）
	母	１．受給資格者　２．その他（　　）		３．申請中（１、２）
	養育者	受給資格者との関係（　　）		４．その他（　　）

	控・配 障	控・配 老	控・配 通	扶養 老	扶養 通	扶養障害 特	扶養障害 他	夫有	妻有	未成年	本障	寡ひ親	勤学	所得額	控除額	控除後の所得額
受給資格者																
受給資格者の配偶者																
扶養義務者																

受付		入力		確認		証交付	年　月　日	有効期間	年　月　日～　年　月　日