

福祉医療費受給者証交付・更新申請書  
（重度心身障害者用）

受給者証記号・番号		—					障害の 種別		障害の 程度	級
-----------	--	---	--	--	--	--	-----------	--	-----------	---

太枠の中を記入してください。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日	性別	男・女
	氏名		個人番号					
	住所	下関市						
加入医療保険	被保険者証	記号	<input type="checkbox"/> 山1	番号				
	被保険者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (続柄 )					
	(国保の場合は世帯主)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	保険者	名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	保険者 番号				
入院 状況	入院期間が継続して1年以上 (65歳未満の方の場合記入)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名			入院開始 年月	年	月
同意事項	<p>(1)市長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、申請者（受給者）の所得状況、19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。</p> <p>(2)市長が高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。</p> <p>(3)保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。</p> <p>(4)高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市長の過払い相当額を市へ返還すること。</p> <p>(5)保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市長が確認すること。</p> <p>(6)下関市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。</p>							
<p>(宛先) 下関市長</p> <p>上記のとおり、福祉医療費受給者証の交付について、上記同意事項に同意の上申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 _____ 電話 _____</p> <p>代理人の場合</p> <p>代理人氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____</p>								

以下の欄は記入しないでください。

受付 処理 欄	申請理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者が後期高齢者医療に加入(65歳～74歳)						
		<input type="checkbox"/> 転入→添付書類： <input type="checkbox"/> 所得証明書(申請日の属する年の前年(1～6月の場合は前々年)の所得、扶養、控除の内容がわかるもの)						
		<input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 等級変更で障害要件に該当 <input type="checkbox"/> その他( )						
	障害要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級	第	号	年	月	日	交付
		<input type="checkbox"/> 療育手帳A	第	号	年	月	日	交付
		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級	第	号	年	月	日	交付
<input type="checkbox"/> 障害年金1級		年金番号	—				次回診断書提出	
	<input type="checkbox"/> その他( )							
受付者	障害者支援課( )	( )	総合支所・( )	支所	担当者( )			
障害者支援課担当処理欄	所得要件	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	資格取得日	年	月	日		

## 福祉医療費受給者証交付・更新申請書

（重度心身障害者用）

受給者証記号・番号	太枠の中を記入してください。	障害の 種別	障害の 程度	級
-----------	----------------	-----------	-----------	---

太枠の中を記入してください。

申請者	フリガナ	シモノセキ ハナコ	生年月日	昭和29年2月9日	性別	男・女
	氏名	下関 花子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	住所	下関市 南部町1番1号				

加入医療保険	被保険者証	記号	<input checked="" type="checkbox"/> 山1	番号	01234567
	被保険者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 下関 太郎	(続柄)	夫
	(国保の場合は世帯主)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
保険者	名称	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	保険者番号	3 5 0 0 1 7	

入院状況	入院期間が継続して1年以上 (65歳未満の方の場合記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	〇〇病院	入院開始年月	H28年1月
------	---------------------------------	--	-------	------	--------	--------

同意事項	(1)市長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、申請者（受給者）の所得状況、19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。
	(2)市長が高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
	(3)保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
	(4)高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市長の過払い相当額を市へ返還すること。
	(5)保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市長が確認すること。
	(6)下関市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

(宛先) 下関市長

上記のとおり、福祉医療費受給者証の交付について、上記同意事項に同意の上申請します。

令和 3 年 4 月 1 日

申請者 氏名 下関 花子 電話 231-1111

代理人の場合

代理人氏名 下関 三郎 続柄 子 電話 231-1917

以下の欄は記入しないでください。

以下は記入不要です。

受付処理欄	申請理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者が後期高齢者医療に加入（65歳～74歳）			
		<input type="checkbox"/> 転入→添付書類： <input type="checkbox"/> 所得証明書（申請日の属する年の前年（1～6月の場合は前々年）の所得、扶養、控除の内容がわかるもの）			
		<input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 等級変更で障害要件に該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	障害要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級	第 号 年 月 日交付		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳A	第 号 年 月 日交付	次回判定	年 月・無期限
		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級	第 号 年 月 日交付	有効期限	年 月 日
<input type="checkbox"/> 障害年金1級		年金番号 -	次回診断書提出	年 月	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
受付者	障害者支援課（ ）	（ ）総合支所・（ ）支所	担当者（ ）		
障害者支援課担当処理欄	所得要件	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	資格取得日	年 月 日	