

## 福祉医療費受給資格者認定申請書

年 月 日

(宛先) 前橋市長 住所

申請者  
(保護者) 氏名

電話番号 ( )

前橋市福祉医療費の支給に関する条例第4条第1項により、福祉医療費の支給を受けたいので、申請します。なお、申請にあたって、次のことについて同意します。

- 1 受給資格要件の確認及び支給額決定のため、私及び世帯員の所得状況等について調査すること。
- 2 貴市が支払った福祉医療費に係る療養について、後日、高額療養費等が生じた場合、その申請及び受領について市長に委任すること。

制 度 区 分		・子ども ・母子・父子家庭等 ・重度心身障害者 ・高齢重度障害者			
受給資格者	フリガナ氏名	生 年 月 日	性 別	受給資格者番号	資 格 付 与 日
	1	年 月 日			出生・認定 年 月 日 転入・保取
	2	年 月 日	男・女		出生・認定 年 月 日 転入・保取
	3	年 月 日	男・女		出生・認定 年 月 日 転入・保取
医療保険の加入状況	被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号	記号			番号
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名				
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主との続柄	1 本人	2 配偶者	3 子	4 父・母
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の住所	1 受給資格者と同じ	2 その他( )		
	勤務先の名称				
	保険資格取得年月日	年 月 日			
	保 険 者 の 名 称	( ) 国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済組合・後期高齢			
保 険 者 番 号					
障 害 の 状 況 (※該当者のみ記入)	1 身体障害者手帳	( 番号			級 )
	2 国民年金証書	( 番号			級 )
	3 公的機関の証明	( 認定年月日			級 )
	4 特別児童扶養手当	( 証書記号番号			級 )
	5 療育手帳	( 番号			級 )
	6 他市町村の証明	( 上記の 1・2・3・4・5 に 該 当 )			
* 永久認定 有期認定(平成 年 月 日)					
母子・父子家庭等資格要件 (※該当者のみ記入)	1 死別	2 離婚	3 未婚	4 生死不明	5 遺棄
	6 海外	7 身障	8 拘禁	9 父母のない子	
税法上の扶養親族の数 (母子・父子家庭等のみ)	控除対象扶養親族のうち 16歳から18歳までの者	人	16歳未満扶養親族	人	所得税 有・無
区分	市・県	市民税	有・無・未	旧所得税 ※	有・無
					処理日

※旧所得税とは、所得税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第6号)による年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分の廃止がなかったものとして計算された所得税をいう。

来庁者	氏名			TEL		
	住所				続柄	