福祉医療費受給資格認定(更新)申請書

対象者	種 別 障害者 医 療	フリガナ		住所
		氏 名		
		生年月日		
配偶者	氏 名		住 所	
扶養義務者1	氏 名		住 所	
扶養義務者2	氏 名		住 所	
扶養義務者3	氏 名		住 所	

加入医療保険	被保険者氏名		対象者との続柄	
	住所			
	保険種別		被保険者証の記号番号	
	保険区分		附加給付の有無	
	保険者名称			

申請理由	1 所得基準に該当したため。 2 転入してきたため。 3 保険に加入したため。 4 障がい要件に該当したため。	5 該当年齢に到達したため。 6 他公費から移行したため。 7 離婚・死別したため。 8 その他( )	
	交付事由発生年月日	年 月 日	
判定所得割額	受給者	配偶者	扶養義務者
審査	□認定(年 月 日から有効) □却下(理由)		
同意事項	申請に必要な世帯全員の住民票，世帯構成員の所得状況および(障害者医療・高齢障害者医療受給の場合)障害者手帳の等級および程度について，調査することに同意します。また，以降の各年度分についても同意します。 当事業において，公費で現物給付された公費負担額のうち，世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は，その申請および受領を公費負担者である伊丹市に委任します。 上記のことなどに対応するため，兵庫県後期高齢者医療広域連合・伊丹市国民健康保険等の保険者から被保険者情報および給付情報等を得ること，ならびに必要な際に当申請書を当該保険者へ提供することに同意します。		

上記のとおり受給資格の認定(更新)を申請します。

申請者　住所

氏名　(続柄)　(※)

電話番号

世帯主(申請者と同じ場合，記入不要)　氏名　(続柄)　(※)

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

伊丹市長 様

マ	免	旅	住	障	保	年	介		
B	キ	預	ク	診					

証発行
郵・窓
(/)

検証	入力