

# 記入例

- 申請書に添付するもの●
- ・助成対象者の保険証と手帳のコピー
- ・助成対象者または配偶者、扶養義務者が1月1日時点で伊丹市在住でなかった場合、課税証明書もしくは、1月1日時点で国外にいたことが分かるパスポートのコピー
- ・申請者の本人確認書類のコピー  
(官公署発行の顔写真表示がある書類1点もしくは、顔写真表示がない書類で、氏名、生年月日等の記載がある書類2点<健康保険証、年金手帳等>)

## 福祉医療費受給資格認定(更新)申請書

対象者	種別	フリガナ イタミ イチロウ	住所	伊丹市千僧1丁目1番地
	高年齢障害者医療	氏名 伊丹 一郎		
		生年月日 昭和5年1月1日		
配偶者	氏名 伊丹 一子	住所	同上	
扶養義務者1	氏名 伊丹 太郎	住所	同上	
扶養義務者2	氏名 伊丹 花子	住所	同上	
扶養義務者3	氏名 伊丹 二郎	住所	同上	
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。 5 該当年齢に到達したため。 2 転入してきたため。 6 他公費から移行したため。 3 保険に加入したため。 7 離婚・死別したため。 4 障がい要件に該当したため。 8 その他( )			
	交付事由発生年月日 令和〇年〇〇月〇〇日			
判定所得割額	受給者	配偶者	扶養義務者	
審査	<input type="checkbox"/> 認定( 年 月 日から有効) <input type="checkbox"/> 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・高年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			
提出日を記入してください 上記のとおり受給資格の認定(更新)を申請します。 年 月 日				
申請者	住所 伊丹市千僧1丁目1番地 氏名 伊丹 一郎 (※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。 電話番号 072-000-0000			
伊丹市長 様	【代筆者】伊丹 一子 (続柄 妻) 住所 伊丹市千僧1丁目1番地			

助成対象者の情報を記入してください

助成対象者の配偶者・扶養義務者の情報を記入してください

申請の事由とその事由の発生日を記入してください

受給者本人の情報を記入し、署名してください  
受給者本人の自署でない場合は、受給者氏名を記名し、押印してください

受給者本人の自署でない場合は、代筆者の情報を記入してください

金融機関名 銀行 支店  
 ○○ 信用金庫 本・支店名 ○○○ 出張所  
 口座番号 ○○○○○○○○ 預金種目 1普通 2当座 3貯蓄  
 フリガナ イタミ イチロウ  
 口座名義 伊丹 一郎

受給者本人の口座情報を記入してください