

記入例

●申請書に添付するもの●

- ・世帯全員の保険情報のわかるもの(下記のいずれか)
 - ・保険証のコピー ・資格確認書のコピー ・資格情報のお知らせのコピー
 - ・マイナポータルの医療保険の資格情報の画面をプリントアウトした紙
- ・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、課税証明書または、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
- ・母子家庭等医療費受給者証更新申請書
- ・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<健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ、年金手帳等>)

母子家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

受給者	フリガナ	イタミ ハナ		住所(居住地)		
	氏 名	伊丹 はな		伊丹市千僧1丁目1番地		
	生年月日	昭和60年 1月 1日				
	フリガナ	イタミ サクラ	フリガナ			
	氏 名	伊丹 桜	氏 名			
	生年月日	平成18年 2月 1日	生年月日			
	フリガナ	イタミ タロウ	フリガナ			
	氏 名	伊丹 太郎	氏 名			
生年月日	平成20年 3月 1日	生年月日				
扶養義務者	氏名	伊丹 一郎 (父・祖父)		住所 伊丹市千僧1丁目1番地		
	氏名	伊丹 菊 (母・祖母)		住所 同上		
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄				
	住所					
	保険種別	被保険者等の記号番号				
	保険区分	附加給付の有無				
	保険者名称					
	所在地					
交付・更新申請理由	① 離婚 5 死別 ② 所得基準に該当したため。 6 他公費から移行したため。 ③ 転入してきたため。 7 その他() ④ 保険に加入したため。					
	交付事由発生年月日 令和 ○年 ○月○○日					
福祉医療判定所得割額	受給者	円	保護者	円	扶養義務者	円
審査	<input type="checkbox"/> 認定 (年 月 日から有効)		保留	<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及び(障害者医療・高齢障害者医療の場合)障がい者手帳の等級及び程度について、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。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保険者から被保険者情報及び給付情報等を得ること、また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。					
上記のとおり福祉医療費受給資格の認定(更新)を申請します。						
年 月 日						
住所 伊丹市千僧1丁目1番地						
氏名 伊丹 はな (続柄 本人) (※)						
電話番号 072-000-0000						
伊丹市長 様 世帯主(申請者と同じ場合、記入不要) 氏名 伊丹 太郎 (続柄 父) (※)本人が自署しない場合は、記名押印してください						

助成対象者※の情報を記入してください

※助成対象者とは、母子家庭等医療費受給資格を申請する親・児童のことです

助成対象者の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

申請者の情報を記入してください

(続柄は受給者を本人としてください)

申請者が世帯主でない場合は、世帯主氏名を署名してください

(世帯主の自署でない場合は、世帯主氏名を記名し、押印してください)

(続柄は助成対象者を本人としてください)

提出日を記入してください