

記入例

●申請書に添付するもの●

・助成対象者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
- ・保護者または扶養義務者が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<健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ、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
	乳幼児 こども 医 療	氏 名 伊丹 一郎		
	生年月日 令和 〇年 〇〇月〇〇日			
保護者	氏 名	伊丹 太郎	住 所	同上
扶養義務者1	氏 名	伊丹 花子	住 所	同上
扶養義務者2	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	被保険者等の記号番号		
	保険区分	附加給付の有無		
	保険者名称			
申請理由	① 出生のため。 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 所得基準に該当したため。 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	☐ 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。			
提出日を記入してください 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				
申請者	住所	伊丹市千僧1丁目1番地		
	氏名	伊丹 花子 (続柄 母) (※)		
	電話番号	072-〇〇〇-〇〇〇〇		
世帯主(申請者と同じ場合、記入不要)	氏名	伊丹 太郎 (続柄 父) (※)		
伊丹市長 様	(※)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(お子様)の
情報を記入してください

助成対象者(お子様)の
父母の情報を記入
してください

父母に所得がなく、助成対
象者が祖父(祖母)に扶養
されている場合は、祖父(祖
母)の氏名・住所を併せて記
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
(続柄は助成対象者(お子様)
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(お子様)
を本人としてください)