

福祉医療費受給者証交付（更新）申請書
（乳幼児・ちびっ子医療用）

1 加入医療保険の状況（該当箇所に記入、又は○をつけてください。）

記 号 番 号			
種 別	国 保 ・ その他		
被保険者氏名		続柄	
被保険者住所			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称			

※健康保険証を提示してください。

2 世帯の状況

	氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号	備 考
父				
母				
対象児童				

3 福祉医療費申請(受給)にあたっての同意事項

1. 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況、19 歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。

2. 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

3. 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。

4. 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、町の過払い相当額を町へ返還すること。

5. 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。

6. 申請者及び被保険者が周防大島町乳幼児・ちびっ子医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※上記 1 により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で町長が必要と認めるものを提示してください。

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

周防大島町長 様

申 請 者 住所

(対象者の保護者) 氏名

(受給者の保護者)

電話番号