

**【ご記入の前に】**  
**保護者の所得により、受給資格に該当しない場合があります。**  
**所得制限の限度額をホームページ等でご確認の上、申請書をご記入ください。**

**記入例**

第1号様式その1(第5条関係)

福祉医療費受給資格証交付申請書

申請書番号

福祉医療費受給資格証交付申請書						申請書番号	
						届出年月日	年 月 日
区分	1	2	③	4	5	6	取得年月日
	障害	一人親等	子ども	妊産婦	精神	65障害	年 月 日
受給資格証番号						有効期間	
						年 月 日	
対象者	(フリガナ)					性別	男
	氏名 津市 春子					性別	女
住所 津市西丸之内23番1号					生年月日	大・昭・平	個人番号
					生年月日	元 年 4 月 1 日	
					津市使用欄		
					電話		059-229-****
申請事由							
1 転入 2 生保廃止 3 申請月の初日 4 保険加入日 5 所得制限可 6 出生 7 その他							
配偶者 または 保護者	氏名 津市 太郎				対象者から みた続柄		父
	住所 同上				生年月日	大 昭 平 令	個人番号
				生年月日	2 年 1 月 1 日	電話	
						090-****-****	
扶養義務者	氏名 津市 花子				対象者から みた続柄		母
	住所 同上				生年月日	大 昭 平 令	個人番号
				生年月日	3 年 9 月 9 日	電話	
						080-****-****	
加入 医 療 保 険	被保険者証 記号・番号		記号 番号 1234567				
	被保険者 [組合員] 世帯主		氏名 津市 太郎		対象者から みた続柄		父
		住所 津市西丸之内23番1号		生年月日	大 昭 平 令	津市使用欄	
				生年月日	2 年 1 月 1 日		
対象者の資格取得 (認定)年月日		昭和 平成 元 年 4 月 1 日		資格区分		1 2 3 4	
		令和				本人 家族 退本人 退扶養	
発行機関 (保険者)		所在地 津市西丸之内23番1号					
		名称 津市国保					
		国民健康保険 健康保険組合 広域連合		全国健康保険協会 共済組合 支部			
保険者番号 (左づめ)		2 4 0 0 1 0		種別			
				1 2 3 4 5 6 7			
				国保 協会 組合 日雇 船員 共済 後期			
振込 口座	銀行 信用金庫 農協		店 支店		(フリガナ) ツシ タロウ		
	預金種別 普通・総合 当座		口座番号 (左づめ)		津市 太郎		
				9 9 9 9 9 9 9			
				金融機関コード			
				-			

※太線の枠内を記入してください。

**委任状**

福祉医療費の受領を上記口座名義人に委任します。

令和 年 月 日

住所 津市西丸之内23番1号

氏名 津市 太郎

(印)

上記のとおり申請します。 医療費助成に関する所得状況等の必要事項を調査することを承諾します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 津市西丸之内23番1号

(宛先)津市長

申請者  
(保護者等)

氏名 津市 太郎

(津市)

(印)

※津市使用欄

障害等級				課税状況				本人確認				所得判定		受付		証交付		入力		入力確認	
精神	1	2	3	4	A	B	現年	アイウ	前年	アイウ	運免、(個番・住基)カード (身・寮・精)手帳、(健・介)保険証 その他( )										
有期認定(至)				区市		工 工仮 才 不 工 工仮 才 不		負担区分(70~74歳)		個人番号確認											
				市 県		不 1 2 一般 上				(個番・通知)カード その他( )		可 不可		窓口 郵送		添付書類		有 ・ 無			

※口座名義人が申請者と異なる場合のみ記入してください。