

※ 太枠の中を記入してください。

親ひとり親家庭等医療費助成認定申請書兼台帳

福岡市 区長 平成 24 年 10 月 1 日 **1. 日付を記入してください。**

(申請者) 〒 810 - 8620

住所 福岡市 中央区 天神1丁目 8番 1号 天神マンション 303号室
(※マンション名も記入)

氏名 福岡 春子 (福岡) (印) TEL 092 - 711 - 4235
(※署名(自筆)の場合は、押印不要) (※携帯電話があればその番号も記入)

高額療養費又は高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。
また、私の世帯の課税状況について公簿により確認されることを承諾します。

下記のとおり申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。また、婚姻等により助成の対象に該当しなくなったときはすみやかに届出します。
なお、本申請に偽りがあった場合、交付された医療証及び助成された医療費については返還します。

2. 申請者(記入者)の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入してください。

3. 対象者の氏名・フリガナ・性別・生年月日を記入し、資格事由(ひとり親家庭に該当することとなった事由)を○で囲んでください。「児童」については、「親」の税法上の扶養の確認欄および1月1日時点での満年齢を記載してください。
(児童が4人以上の場合は裏面へ)
※備考欄に該当するものがある場合はチェック(✓)を入れてください。
※重度障がい者医療、子ども医療の対象となる場合はチェック(✓)を入れてください。

4. 対象者の健康保険証の記号番号・保険者名称・保険者番号を記入のうえ、被保険者の氏名・フリガナを記入してください。
※被保険者の住所が申請者や対象者と異なる場合は「被保険者住所」欄に住所を記入してください。

5. 関係書類について、該当するものにチェック(✓)を入れてください。
また、申立欄には現在の婚姻状況等について記入してください。
配偶者／扶養義務者欄は、住民票が別であっても対象者以外に同居するご家族がいる場合に記入します。

6. 児童と親の保険内容が違う場合のみ、裏面に児童の保険内容を記入してください。

7. 対象者(親)の税法上の被扶養者となる方で、今年1月1日時点で満16歳～満18歳の方がいらっしゃるときは、裏面に記入してください。(表面および裏面の「対象者」の「児童」欄に記載がある方については、記入は不要です)

区分	フリガナ	氏名	生年月日	資格事由(○で囲む)	備考	他制度
対象者	親	福岡 春子	昭和49年5月2日 (平成)	死亡(離婚) 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい
	児童	福岡 夏男	平成7年8月1日 (今年1/1時点 満16歳)	死亡(離婚) 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 子ども
		福岡 秋夫	平成18年10月30日 (今年1/1時点 満5歳)	死亡(離婚) 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい <input checked="" type="checkbox"/> 子ども
		福岡 冬子	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 子ども
健康保険	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	保険者名称	福岡市国保(中央区)	保険者番号	5 5 4 0 5 0 3 5
関係書類	被保険者氏名	福岡 春子	被保険者住所	同上		
申立	現在の婚姻関係(事実婚を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻関係はない <input type="checkbox"/> 婚姻関係にある	養育費(子の父(母)からの仕送り)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 昨年1～12月に受けた総額 10万円/年 <input type="checkbox"/> 無	配偶者／扶養義務者	福岡 節男 福岡 冬子 親(①)からみた続柄(父・母)

※裏面
児童の保険(※ 児童と親の保険内容が違う場合のみ記入)

健康保険	記号・番号	被保険者氏名	保険者名称	住所	保険者番号

対象者児童以外で親(①)の税法上の被扶養者となる者(※ 今年1月1日時点で満16歳～満18歳の者のみ記入)

氏名	フリガナ	生年月日	住所
福岡 こよみ	福岡 コヨミ	平成5年2月3日 (今年1/1時点 満18歳)	福岡市中央区天神1-8-1 天神マンション303号室
		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
		平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	

7. 対象者(親)の税法上の被扶養者となる方で、今年1月1日時点で満16歳～満18歳の方がいらっしゃるときは、裏面に記入してください。(表面および裏面の「対象者」の「児童」欄に記載がある方については、記入は不要です)