

(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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

負担者番号									
世帯コード									

(申請者) 〒 _____ - _____

住所 福岡市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 号室
(※マンション名も記入)

氏名 _____ (印) TEL _____ - _____
(※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。

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 ①	男・女 大正昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	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 type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい
	児 ②	男・女 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 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
	童 ③	男・女 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 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
	童 ④	男・女 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 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 _____	保険者名称 _____	保険者番号 _____
関係書類	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当	福児扶 (証書番号) _____	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> () 年金 (記号番号)
申立	現在の婚姻関係 (事実婚を含む) <input 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 type="checkbox"/> 有 昨年1~12月に受けた総額 _____ 万円/年 <input type="checkbox"/> 無	配偶者/扶養義務者 親(①)からみた続柄 ()

区分	本人	配偶者	扶養義務者
氏名 整理番号			
控除前 総所得			
控除額計			
控除後計			
扶養人数 基準額			

取得事由	11. 新規	14. 保険加入	17. 更新	取得日	• •
	12. 市外転入	15. 生保廃止	19. その他	届出日	• •
受給者番号	①			③	
	②			④	

申請	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口
決裁	課長	係長	係員
	受付	処理欄	入力
			医療証

※ 太枠の中を記入してください。

※ 裏面もご確認ください。

区分	氏名 フリガナ	生年月日	資格事由 (○で囲む)	備考	他制度
対象者 児童	⑤男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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
	⑥男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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
	⑦男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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
	⑧男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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
	⑨男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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
	⑩男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 女	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

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	保険者 名称	保険者 番号
	被保険者 氏名	被保険者 住所	

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
.....	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)	
.....	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	

受給者番号	⑤		⑦		⑨	
	⑥		⑧		⑩	