

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 _____ 令和 _____ 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 _____ TEL (自宅) _____ (携帯) _____

○高額療養費及び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。○私の世帯の課税状況及び戸籍の状況について、公簿により確認されることを承諾します。○第三者行為に起因する治療に対して、医療費助成を受ける場合は、必ず事前に届け出ます。○婚姻等により助成の対象に該当しなくなったときは、すみやかに届け出ます。○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返還します。以上について承諾し、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。

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	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <small>(今年1/1時点 満 _____ 歳)</small>	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	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <small>(今年1/1時点 満 _____ 歳)</small>	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	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <small>(今年1/1時点 満 _____ 歳)</small>	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 _____		
	被保険者氏名 _____	被保険者住所 _____			
関係書類	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 所得報告書 <input type="checkbox"/> その他
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	1. 新規	4. 保険加入	7. その他	取得日	. .
	2. 市外転入	5. 生保廃止		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	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	児童	⑤ 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 令和.....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)

	フリガナ 氏名	生年月日	住 所
①	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
②	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
③	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
④	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	

受給者番号	⑤	.....	⑦	.....	⑨	.....
	⑥	.....	⑧	.....	⑩	.....