

※ 太枠の中を記入してください。

※ 裏面もご確認ください。

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

令和 X 年 XX 月 XX 日

(申請者) 〒 XXX - XXXX

住所 福岡市 中央 区 天神▲ 丁目 ▲ 番 ▲ 号 ○○マンション ▲▲▲ 号室

(※マンション名も記入)

氏 名 福岡 春子

TEL (自宅) 092 - XXX - XXXX (携帯) XXX - XXXX - XXXX

○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 フクオカ ハルコ 福岡 春子	昭和 XX 年 X 月 X 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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい
	児 ② フクオカ ナツオ 福岡 夏男	平成 XX 年 X 月 X 日	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 type="checkbox"/> 子ども
	③ フクオカ アキコ 福岡 秋子	令和 X 年 X 月 X 日	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
	④	年 月 日	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 XXX・XXXX	被保険者 名 称 ○○健康保険組合	被保険者 番 号 XXXXXXXX		
関係書類	<input checked="" type="checkbox"/> 児童扶養手当	福児扶 (証書番号) XXXXX-XXX	<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 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 36 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)	

申請者の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入。

・対象者の氏名・フリガナ・生年月日を記入。
・資格事由(ひとり親家庭に該当することとなった事由)を○で囲む。
・児童については、親の税法上の扶養の有無および1月1日時点の満年齢を記入。
(児童が4人以上の場合は裏面へ)
・備考欄の該当箇所にチェック(✓)を記入。
・他制度欄の対象となる医療証をお持ちの場合は チェック(✓)を記入。

対象者の健康保険の記号番号・保険者名称・保険者番号及び被保険者の氏名・住所を記入。
※対象者である親と児童の健康保険が同じ場合は、「児童の保険も同じ」にチェック(✓)を記入。
※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。
※健康保険の確認方法について、いずれか1つにチェック(✓)を記入。

関係書類について、該当するものにチェック(✓)を記入。
また、「申立」欄には現在の婚姻状況等について記入。
「配偶者／扶養義務者」欄は、住民票が別であっても対象者と同住所に同居するご家族がいる場合に記入。

<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	被保険者 住 所	保険者 番 号
【確認方法】 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 / <input type="checkbox"/> マイナポータル資格情報画面 / <input type="checkbox"/> 個人番号による健康保険情報の照会に同意する					

児童と親の保険内容が違う場合のみ、児童の保険内容を記入。

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	フクオカ コヨミ 福岡 こよみ	平成 XX 年 X 月 X 日 (今年1/1時点 満 17 歳)	福岡市中央区天神△丁目△番△号 ◇◇◇マンション ×××号室
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)	

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歳の方がいる場合に記入。
※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、記入不要。