

※ 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 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印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 裏面もご確認ください。	親 ① 福岡 春子 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	昭和 XX 年 X 月 X 日 (今年1/1時点満 X 歳)	死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 遺棄 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 労能喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 死生不明 <input checked="" type="checkbox"/> 拘禁	生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	□ 障がい
	児 ② 福岡 夏男 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	平成 XX 年 X 月 X 日 (今年1/1時点満 X 歳)	死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 遺棄 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 労能喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 死生不明 <input checked="" type="checkbox"/> 拘禁	別居監護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	□ 障がい □ 子ども
	童 ③ 福岡 秋子 上記親(①)の税法上の扶養 有・無	令和 X 年 X 月 X 日 (今年1/1時点満 X 歳)	死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 遺棄 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 労能喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 死生不明 <input checked="" type="checkbox"/> 拘禁	別居監護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	□ 障がい ✓ 子ども
	④ 上記親(①)の税法上の扶養 有・無 (今年1/1時点満 X 歳)	年 月 日	死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 遺棄 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 労能喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 死生不明 <input checked="" type="checkbox"/> 拘禁	別居監護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	□ 障がい □ 子ども
健康保険 認ください。	記号・番号 XXX - XXXX	保険者 名 称 福岡 春子	○○健康保険組合 被保険者 住 所 同上	保険者 番 号 XXXXXXXX	
関係書類	【確認方法】 <input checked="" 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				
申立	児童扶養 手当 扶養扶 (証書番号) XXXXX-XXX	□ 年金 (記号番号)	□ 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> ( ) 年金 □ 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 申立書 □ 所得証明 <input type="checkbox"/> 所得報告書 <input type="checkbox"/> その他		
	現在の婚姻関係 (事実婚を含む) □ 婚姻関係にある	☑ 婚姻関係はない □ 婚姻関係にある ○ 総額 (子の父(母)からの仕送り)	☑ 有 昨年1~12月に受けた総額 36 万円/年	配偶者/ 扶養義務者 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居するご家族がいる場合に記入。

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。

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	

【確認方法】 資格情報のお知らせ/ 資格確認書/ マイナポータル資格情報画面/ 個人番号による健康保険情報の照会に同意する

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 (今年1/1時点満 17 歳)	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。