

※ 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 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	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 童	②	平成 年 月 日 令和 (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
		③	平成 年 月 日 令和 (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
		④	平成 年 月 日 令和 (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			
	被保険者 氏 名	<input type="checkbox"/> 児童の保険も同じ	被保険者 住 所			
	【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					
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 (記号番号)	<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 <input type="checkbox"/> 無 万円/年	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			
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

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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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 .. 年 .. 月 .. 日 令和 (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			
	【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					

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						