

※ 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 年 月 日

(申請者) 〒

| | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|---|--|
| 負担者番号 | | | | | | | |
| 世帯コード | | | | | | - | |

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 □有 □無 | □ 障がい |
| | 児 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 □有 □無 施設入所 □有 □無 生活保護 □有 □無 | □ 障がい □ 子ども |
| | 童 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 □有 □無 施設入所 □有 □無 生活保護 □有 □無 | □ 障がい □ 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 □有 □無 施設入所 □有 □無 生活保護 □有 □無 | □ 障がい □ 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 | □ 児童の保険も同じ | 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 | | | | | |
| 関係書類 | □ 児童扶養手当 | 福児扶 (証書番号) | □ 年金 (記号番号) | □ 遺族年金 □ 障害年金 □ () 年金 | □ 戸籍謄本 □ 住民票 □ 申立書 □ 所得証明 □ 所得報告書 □ その他 |
| 申立 | 現在の婚姻関係 (事実婚を含む) | □ 婚姻関係はない □ 婚姻関係にある | 養育費 (子の父(母)からの仕送り) | □ 有 昨年1~12月に受けた総額 □ 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 | ・ | ・ |
| | 3. 区外転入 | 6. 更新 | | | | |
| 受給者番号 | ① | | | ③ | | |
| | ② | | | ④ | | |

| | | | | | |
|--------------|------|------|--------|------|------|
| 申請 決 裁 | □ 郵送 | □ 窓口 | 交 付 | □ 郵送 | □ 窓口 |
| | 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】 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 | | 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 | | | | | |