

福

福祉医療費受給券（交付）再交付 申請書

令和7年 12月 2日

（宛先）

大津市長

次のとおり福祉医療費受給券の交付・再交付を申請します。なお、交付・再交付に当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者、配偶者及び扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格に係る項目について調査・確認することに同意します。

また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に大津市が医療機関等に支払った高額療養費又は附加給付金に相当する額を大津市の指定する方法により返還します。

受付印

申請者 住所 大津市御陵町3番1号 Aハイツ201号

氏名 大津 次郎

電話番号 077-528-2653

助成区分	障害者（身体・知的・心身・精神・精神通院）・低所得・母子・父子・寡婦・高齢寡婦				
助成対象者	フリガナ	オオツ ジロウ			
	氏名	大津 次郎			平成2年 11月 10日生
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ ↓転入の場合はこの欄もご記入ください。			
	転入年月日 ※転入のときのみ記入	年 月 日	前住所地	県内 ・ 県外	
	<input checked="" type="checkbox"/> 身障手帳番号 <input type="checkbox"/> 療育手帳番号 <input type="checkbox"/> 精神手帳番号 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者番号	(身) 第 1 2 3 4 号 1 種 1 級 (平成30年 11月 10日交付) (療) 第 号 (A1、A2、B1、B2) (年 月 日交付) (精) 第 号 (通) 第 号 ※各種手帳・自立支援医療費受給者番号			
御加入の健康保険	記号・番号	(記号) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		資格取得年月日	令和2年 2月 1日取得
	被保険者氏名 (生年月日)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ (年 月 日生)		被保険者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	保険者番号	0 6 2 5 1 1 1 1	保 名	健康保険の資格情報とマイナンバーカードを連携されている方はチェックしてください。 組合部 びわこ運輸健康保険組合	
	<input type="checkbox"/> 健康保険の資格情報をマイナンバーに連携済み				

※配偶者と扶養義務者欄は、助成対象者と同一世帯に属しない場合のみ御記入ください。

配偶者・扶養義務者氏名	生年月日	住所
-------------	------	----

注意事項

1 助成対象者本人、配偶者、扶養義務者の所得が大津市で確認できない場合は、その方の住民税課税（非課税）証明書（個人番号が記載された書

別世帯の配偶者、または別世帯の直系親族・兄弟姉妹で、本人を税扶養に取っている者がいれば記入してください。

◎1点確認でよいもの

・運転免許証 ・ 個人番号カード ・ パスポート ・ 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健手帳

【住民税課税（非課税）証明書について】

転入などにより大津市で所得が確認できない場合は、本人、配偶者、扶養義務者（世帯の直系親族および兄弟姉妹、本人を税または保険の扶養に取られている方）全員の前住所地での住民税課税（非課税）証明書（個人番号が記載された書類、本人確認書類及び個人番号利用に係る同意書でも可）が必要です。

有効期限	年 月 日	交付年月日	年 月 日
------	-------	-------	-------