様式第１号（第３条、第６条関係）

福 福祉医療費受給券　交付・再交付　申請書

年　　月　　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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		年　月　日生	
	氏名			
	住所	□申請者住所に同じ		
	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
	□身障手帳番号 □療育手帳番号 □精神手帳番号 □自立支援医療費受給者番号	（身）第　号　種　級（　年　月　日交付） （療）第　号（Ａ１、Ａ２、Ｂ１、Ｂ２）（　年　月　日交付） （精）第　号　級（　年　月　日交付） （通）第　号（　年　月　日交付） ※各種手帳・自立支援医療受給者証の写しも添付してください。		
御加入の健康保険	記号・番号	（記号）　（番号）	助成対象者の資格取得年月日	年　月　日取得
	被保険者氏名 （生年月日）	□申請者氏名に同じ （　年　月　日生）	被保険者住所	□申請者住所に同じ
	保険者番号	保険者名称	□大津市国保　□滋賀県後期高齢者医療広域連合 □全国健康保険協会＿＿＿＿＿＿支部 □（その他）＿＿＿＿＿＿	
	□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。

2　附加給付とは、御加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。

市記入欄

確認書類	◎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 ・在留カード　・その他官公署から発行された顔写真付書類（　　） ◎２点確認が必要なもの ・資格確認書　・介護保険証　・年金手帳　・各種年金証書　・学生証　・社員証 ・児童扶養手当証書　・母子手帳　・生活保護受給者証　・医療機関診察券　・特別児童扶養手当証書 ・その他、氏名と住所または氏名と生年月日が確認できる書類（　　）			入力　㊞
制度・受給者番号	・		自己負担	
認定事由		認定年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日	交付年月日	年　月　日	