

表面

| | |
|----------------------------------------------|-------|
| 所得区分 | 受給者番号 |
| お子様 の 氏名・生年月日・住所・電話番号(保護者)・健康保険の情報を記入してください。 | |



※ 太枠部分を記入してください

申請日 令和 3 年 4 月 1 日

(新規 制度変更)

| | | | |
|------------|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 医療種別 | 高齢期移行・乳幼児等 障害者・母子家庭等・こども | | |
| 対象者(申請者)氏名 | フリガナ | アマカサキ | ミドリ |
| 氏名 | 尼崎 緑 (0歳) | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 2 年 5 月 18 日 | | |
| 住所 | (〒 660 - 8501) 尼崎市東七松町1丁目23番1号 | | |
| 電話 | ((自宅)・携帯・連絡先) (06) 6489 - 6359 | | |
| 健康保険 | 被保険者(扶養義務者)氏名 | 尼崎 花子 | 対象者との続柄 |
| | 生年月日(S) | 55 年 12 月 18 日 | 母 |
| | 記号 | 番号 9876543 | 枝番 02 |
| | 保険者名称 | 尼崎市 | |
| 保険者番号 | 280032 | 資格取得・認定年月日(対象者) | 昭和・平成・令和 2 年 5 月 18 日 |

① 障害者手帳記入欄

| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手帳種別 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 |
| 等級 | 必ず保護者を記入してください。離婚・未婚などの場合は、氏名欄に「なし」と記入してください。 |
| 次期判定日 / 有効期限 | 平成・令和 年 月 日 |

② 乳幼児等・こども医療 保護者記入欄

| | |
|--------------------|----------------------|
| 保護者 | 保護者 |
| 尼崎 一郎 | 尼崎 花子 |
| 氏名 | 氏名 |
| 昭和・平成 53 年 4 月 3 日 | 昭和・平成 55 年 12 月 18 日 |
| 生年月日 | 生年月日 |
| 同居 | 同居 |
| 住所 ※ | 住所 ※ |

※ 受給者と同居の場合は、「同居」と記入してください。国外居住の場合は、国名のみ記入してください。

福祉医療費等の受給資格審査のため、私にかかる所得に関する税務資料等の調査(年度更新時の調査を含む。)を承諾します。

| | |
|-------|-------|
| 受給者 | |
| 配偶者 | |
| 保護者 | 尼崎 一郎 |
| 保護者 | 尼崎 花子 |
| 扶養義務者 | |

※ 扶養義務者等が対象者と別世帯のとき、または老人医療申請者で世帯員が6名以上の場合は裏面に記入してください。

① 出生 別居の場合は住所を記入してください。

| | | |
|------|---------------------------------------------------|----------------|
| 申請理由 | 2 65歳到達 3 障害該当 4 転入・再転入 5 保険加入 6 生保廃止 | 8 未申請 9 その他 |
| 転入日 | 令和 年 月 日 | |
| 前住所 | | |

転入者は、転入日と前住所を記入してください。

【備考】

受給者が両親の保険に加入していない場合のみ記入してください。

保護者欄に記名してください。(受給者欄は空白)離婚・未婚などの場合はいる方のみ記入してください。

| | | | | | | | |
|--------|------|---------|----|-------------|----|----|---|
| 交付年月日 | 資格審査 | 認定 | 県市 | 受給者証を交付します。 | 課長 | 係長 | 係 |
| 平成 . . | 却下 | 所得制限額超過 | | | | | |
| 令和 . . | | | | | | | |

精神障害1・2級のいずれかの手帳等をお持ちの方のみ記入してください。

【母子家庭等医療記入欄】

裏面

| ① 申請事由 | | 事由発生日 | |
|--------|----------|--------------|-------------|
| 1 | 離婚 | 離婚日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | | 別居日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 2 | 死別 | 死亡日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | | 遺族年金証書番号 | |
| 3 | 未婚 | 児童扶養手当認定日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | | 児童扶養手当証書番号 ※ | |
| 4 | 事実婚解消 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 5 | 拘禁 | | |
| 6 | 遺棄 | | |
| 7 | 障害 | | |
| 8 | 生死不明 | | |
| 9 | 父母のいない児童 | | |
| 10 | その他 () | | |

※ 離婚・死別でも番号または申請の有無を記入

【高齢期移行調査同意欄】

尼崎市長あて

乳

高齢期移行費助成制度の一部負担金の負担率の算定に必要な世帯状況及び所得状況を、尼崎市の公簿により調査することに同意します。

※ 世帯員全員について、記入してください。

| |
|-----|
| 世帯員 |

被保険者が受給者と別世帯のときのみ、記入してください。表面の保護者欄に記入した場合は、記入不要です。

【別世帯扶養義務者等記入欄】

判定対象者(配偶者・保護者・被保険者)が受給者と別世帯であるときに記入してください。

| | | | |
|------|-----------|----|---|
| 氏名 | フリガナ | 続柄 | |
| 生年月日 | () 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 ※ | (〒 -) | | |
| 連絡先 | () | - | |

※ 国外居住の場合、住所欄は国名のみ記入してください

② 母子家庭等医療対象者

| No. | 氏名 | 生年月日 | 健康保険資格取得日 ※ |
|-----|----|----------------|-------------|
| 1 | | S. H. . . ()歳 | S. H. . . |
| 2 | | H. . . ()歳 | H. . . |
| 3 | | H. . . ()歳 | H. . . |
| 4 | | H. . . ()歳 | H. . . |
| 5 | | H. . . ()歳 | H. . . |

※ 国保加入者は世帯分離日

【備考】