

福祉医療費受給者証交付申請書 (助成認定書)

受給者番号

記入例

(高齢期移行・乳幼児等)こども・障がい・高齢障がい・精神障がい

受給者	フリガナ カワニシ コタロウ	生年月日 T・S・H・R ■ ■ 年 ○ 月 ○ 日	受給者との続柄 本人	住所 川西市中央町12番1号	
	川西 小太郎				
扶養義務者	フリガナ カワニシ ハナコ	生年月日 T・S・H・R ▲ ▲ 年 月 ○ 日	受給者との続柄 母	住所 同居の場合は同上に○をしてください。 (同上)	
	川西 花子				
配偶者等	フリガナ カワニシ タロウ	生年月日 S・H・R ● ● 年 月 ○ 日	受給者との続柄 父	住所 東京都〇〇区■町△番〇号 (同上)	
	川西 太郎				

保険の扶養を取っている方が扶養義務者です。

単身赴任等で対象となるお子様と異なる住所にある場合は当該別居の住所をご記入ください。

加入医療保険	
保険者番号	保険種別 1 2 3 4 5 6 7 8 政・協 組 日 船 共 国 国 組 後
保険者名	被保険者名 続柄 被保険者住所
お子様の保険証の写し(お子様の氏名の記載のある部分)を添付してください。	

申請事由	1.出生	2.年齢到達	3.障がい要件	4.所得要件該当(年度まで非該当、年度から)
	5.転入	6.保険取得	7.生保廃止	事由発生日
	8.入院	9.後期加入	10.その他()	(○ 年 ○ 月 ○ 日)

要件確認書類等	申請事由に○をつけてください。	書類	事由発生日 出生日や転入日等をご記入ください。
所得要件	1.公簿 2.課税証明書 3.申告書 4.その他	・受給者 () ・扶養義務者 () ・配偶者 ()	

障がい要件	
手帳	等級 交付
身体障害者手帳	1 2 3 兵阪北・兵庫県 交付日 昭和・平成・令和 年 月 日
療育手帳	A B1 県府 判定機関
精神保健福祉手帳	1 2 第 号 有効期間 ~

上記の通り (高齢期移行 障がい者 乳幼児等 高年齢障がい者 こども 精神障がい者) 医療費受給者証の交付を申請いたします。(助成認定書)

川西市福祉医療費助成制度の助成対象期間内において、所得要件の適否、負担区分の判定に関して市民税課税資料、住民基本台帳などによって、必要な情報の確認を行うことを承諾します。また、このことについては、世帯員の同意を得ています。

川西市長 あて

令和 ■ 年 ○ 月 × 日

申請される日をご記入ください。

申請者

〒 666 - ●●●●

住所 川西市中央町12番1号

氏名 川西 花子

電話 072 - 〇〇〇 - ××××

受付者	証作成者	交付
	窓口	/
	郵送	

国保証 後期高齢証 } と一緒に郵送(簡易書留・普通郵便)