

記入例	福祉医療費受給者証										{ 1 乳幼児及び小中高生等 2 重度心身障害（児）者 3 高齢身体障害者 4 ひとり親家庭の児童生徒等 }										交付（更新）申請書																																																																															
	受給者証番号										受給者証氏名										続柄										生年月日										性別										住所										受理年月日																																							
										男鹿 太郎										本人										明・大・昭平 22.1.1										男・女										住所																																																		
申請者										男鹿 太郎										本人										明・大・昭平 22.1.1										男・女										同上																																																		
配偶者																														明・大・昭平										男・女																																																												
扶養義務者										男鹿 一郎										父										明・大・昭平 ▲▲▲										男・女										同上																																																		
加入医療保険	被保険者名										続柄										保険種別										記号										番号										保険者名										資格取得（認定）年月日																																							
	男鹿 一郎 …④										父										協・組・船・共 国組・国保 後期高齢										123453 …①										987 …②										全国健康保険協会 秋田支部…⑥ (所在地)										被保険者 受給者 H29.1.1 …③																																							
受給者証	1 高齢身障者（4～6級）										2 重度身障者（1～3級）										3 療育手帳（A）所有者										4 精神障害1級及び自立支援医療（精神通院）										1. 身体手帳										2. 療育手帳										3. 精神手帳										号										再交付										次回判定（A）									
	4 ひとり親家庭の児童生徒等										受給状況										遺族年金・その他（ ）										番号										(受給者番号)										(支給開始年月日)																																																	
交付申請事由	5 乳幼児及び小中高生等										父母の障害状況										父										母																																																																					
	6 72→77・73→78に移行										後期高齢者医療被保険者番号																				健康手帳交付年月日																																																																					
所得状況	所得状況										受給者										申請者又は父										配偶者又は母										扶養義務者																																																											
	扶養親族等										扶養親族等の数										扶養老扶（人）										扶養老扶（人）										扶養老扶（人）										扶養老扶（人）																																																	
調査対象年度	前（々）年の所得額										円										円										円										円																																																											
	雑損・医療費 小規模共済掛金・配偶者特別 社会保険料										雑医 小配										円 円										雑医 小配										円 円										雑医 小配										円 円																																							
等	扶養親族数等										障・特障・老扶 特扶										障 特扶										円										障 特扶										円										障 特扶										円										障 特扶										円									
	本人										障・特障・勤 老・寡・寡特										障 勤・老・寡 寡特										円 円										障・特障 勤・老・寡 寡特										円 円										障・特障 勤・老・寡 寡特										円 円										障・特障 勤・老・寡 寡特										円 円									
免税農業所得額										円										円										円										円																																																												
控除後の所得額										円										円										円										円																																																												
所得制限基準額										円										円										円										円																																																												
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付（更新）を申請します										申請日を記入										受給資格の判定										該当・非該当																																																																						
男鹿市長 殿										住所										交付事由発生年月日 (有効期間の始期)																																																																																
申請者 氏名										住所・氏名・電話番号を記入																																																																																										
電話番号																																																																																																				
受給者との続柄										続柄を記入																																																																																										
※福祉医療に係る事務に必要なときは市税に関する調査に同意すると共に、福祉医療費受給期間内に係る高額療養費等の代理請求・受領について男鹿市長に委任するので、受領した高額療養費等については男鹿市が支払う福祉医療費に充当してください。																																																																																																				

申請書の書き方について

左の記入例を参考に太枠内をご記入ください。
申請者は、受給者です。ただし、受給者が児童の場合、申請者は保護者です。

加入医療保険は、次の保険証を参考にしてください。

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者）	01234
① 記号	123453	② 番号 987 〈枝番〉 1
氏名	男鹿 太郎	
生年月日	平成22年1月1日	
性別	男	
認定年月日	平成29年1月1日 ③	
被保険者氏名	男鹿 一郎 ④	
事業所名所	〇〇〇	
保険者番号	01050012	
保険者名称	全国健康保険協会 秋田支部 ⑤	
保険者所在地	秋田市旭北錦町5-50	

必要書類

- ①福祉医療費受給者証交付申請書
- ②健康保険証
- ③精神障害者保健福祉手帳（1級）
- ④自立支援医療費受給者証

※③～④について、令和6年7月31日までの間に有効期限を迎える方は、
更新手続きを行い、新しいものがお手元に届いてから申請をしてください。

※郵送の場合は、申請書と②～④の写しを添付し、送付してください。
③・④は全面をコピーしてください。