

福祉医療費（障害者・一人親家庭等・子ども・65重度）受給資格認定等申請書兼同意書

申請理由	取得	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障害者手帳交付 <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（ ）					届出事由発生日		
	変更	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/> 振込口座 <input type="checkbox"/> その他（ ）					再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損	
	喪失	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
対象者	か						生年月日		
	氏名								
	住所								
振込口座	銀行	信用	金庫	協	本店	種別	口座番号（左づめ）		口座名義（カナ）
	農				支店	普通			
	金融機関コード4桁：	支店コード3桁：		当座					
<input type="checkbox"/> （子ども医療の場合のみ） 他のきょうだいと同じ口座を登録									

下記の者は、桑名市が桑名市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報情報の提供に関する条例第3条に基づく事務手続（桑名市福祉医療費の助成に関するもの）を処理するために限って地方税関係情報及び医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律による医療に関する給付の支給又は被保険者資格に関する情報について取得することに同意します。

同意の対象者	カナ				生年月日			続柄			住民日		
	氏名								個人番号				
	健康保険種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 後期			保険者名称								
	現住所											<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	
	本年1月1日の住所											<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	前年1月1日の住所											<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	カナ				生年月日			続柄			住民日		
	氏名								個人番号				
	現住所											<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	
	本年1月1日の住所											<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
前年1月1日の住所											<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		

※必ず同意者ご本人が署名してください。

※地方税関係情報は受付した日の属する年の前々年および前年分について照会を行います。

下記事項に同意の上、申請・届出をします。

- ・届出内容に相違はありません。
- ・受給資格の認定や助成を行うにあたり、医療機関から提供される診療報酬明細書等や所得状況・加入医療保険情報等の必要事項を調査されることを承諾します。
- ・登録する償還払い用の振込口座は対象者が了承（子ども医療費の場合は、保護者・家族間で了承）したものです。（あて先）桑名市長

年 月 日

申請者	氏名				対象者との続柄			電話番号		
	住所									

受付処理欄	<input type="checkbox"/> 申請書返却・コピー済み					受付印
受付時不足書類（有・無）	⇒有の場合、該当するものにチェック		受付者：			
保険情報 <input type="checkbox"/> 提出依頼（済・未）	⇒済の場合の提出方法（二次元コード・返信用封筒・窓口持参）		資格開始日：			
口座情報 <input type="checkbox"/> 提出依頼（済・未）			証の交付（窓口・郵送）			
			郵送日： 年 月 日			

障害等級	身体・療育・精神	級
------	----------	---

◎所得状況の確認について

桑名市の子ども医療費助成制度に所得制限はありませんが、保護者の所得状況の確認は行います。これは、三重県が定める所得制限を超えた方への助成は、桑名市が独自で上乗せして助成を行うためです。

また、保護者の方が今年または昨年に桑名市へ転入された場合は、桑名市で必要な年度の所得状況を把握できない※ことから、桑名市から以前お住まいの市区町村にマイナンバーを使用した所得状況の照会を行います。この照会を行うにあたり、ご本人様の同意を得るため、同意欄への記載が必要となります。

※ 地方税（住民税）は毎年1月1日にお住まいの市区町村にて課税されるため

◎加入医療保険情報の確認について

マイナ保険証への移行、健康保険証の新規発行終了に伴い、令和6年12月2日から福祉医療費受給資格の申請に必要な加入医療保険情報は、マイナ保険証にご登録されている方につきましては、マイナンバーを使用した加入医療保険情報の照会を行います。この照会を行うにあたり、お子様が加入される健康保険の被保険者様の同意を得るため、同意欄への記載が必要となります。

◎手続きの期限について

医療費助成の手続きは、誕生日・転入日の属する月の翌月末までに申請してください。この期限を過ぎて申請した場合、資格の有効期間が申請した月の1日からとなりますのでご注意ください。

※ 期限までに申請した場合の資格の有効期間は誕生日・転入日から