

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

福祉医療費受給者証交付申請書

福祉医療費に関する変更届出書

福祉医療費受給者証再交付申請書

(申請先) 上田市長

令和 年 月 日

申請者	住所							
	氏名	受給者との続柄 ()			電話番号	-	-	
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input type="checkbox"/> 父子家庭	<input type="checkbox"/> 高齢者	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損
取得事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 所得要件該当	<input type="checkbox"/> 低所得高齢者該当	<input type="checkbox"/> 手帳取得 身・療・精 級			級
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・精 級 → 身・療・精 級				<input type="checkbox"/> 資格変更 →			
受給者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)		生年月日	住所 (申請人と同一の場合は記入不要)				
			T S H R 年 月 日	電話番号 - -				
			T S H R 年 月 日			T S H R 年 月 日		
加入医療保険	保険者名・支部名等		被保険者	記号	番号			
			<input type="checkbox"/> 本人					
振込指定口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合			<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所				
	普通口座 番号			口座名義人 カナのみ				
送付先	住所	〒 -			宛名			
		<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止				<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 本人		
上記のとおり、上田市福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。 ・受給資格審査等のために、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 ・本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。								
<input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合 私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。								

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	令和 年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	令和 年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 ㊟ <input type="checkbox"/> 郵送

豊殿地域自治センター 塩田地域自治センター
 川西地域自治センター 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

- 福祉医療費受給者証交付申請書
- 福祉医療費に関する変更届出書
- 福祉医療費受給者証再交付申請書

記入見本
(児童)

(申請先) 上田市長

2019年4月1日

申請者	住所	上田市大手 *-* *-**						
	氏名	上田 市郎	受給者との続柄 (父)	電話番号	0268 - 23 - ****			
資格区分	<input checked="" type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input type="checkbox"/> 父子家庭	<input type="checkbox"/> 高齢者	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損
取得事由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 所得要件該当	<input type="checkbox"/> 低所得高齢者該当	<input type="checkbox"/> 手帳取得 身・療・精 級			
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・精 級 → 身・療・精 級				<input type="checkbox"/> 資格変更 →			
受給資格者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)		生年月日	住所 (申請人と同一の場合は記入不要)				
	上田 花子		T S H **年 *月*日	電話番号 - -				
			T S H			T S H		
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 次の書類を添付してください ・保険証のコピー (受給者本人のもの。出生の場合、扶養にとる方の保険証。) ・振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピー </div>							年月日
加入医療保険	保険者名・支部名等		被保険者	記号	番号			
	全国健康保険協会 **支部		上田 市郎 <input type="checkbox"/> 本人	1111111	2222			
振込指定口座	いろは		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	上田 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所				
	普通口座 番号	1234567		口座名義人 カナのみ	ウエダ イチロウ			
送付先	住所	〒 -			宛名			
	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止				<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 本人			
<p>上記のとおり、上田市福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 受給資格審査等のために、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <p><input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合</p> <p>私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。</p>								

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口① <input type="checkbox"/> 郵送

- 豊殿地域自治センター
- 塩田地域自治センター
- 川西地域自治センター
- 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

- ①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

- 福祉医療費受給者証交付申請書
- 福祉医療費に関する変更届出書
- 福祉医療費受給者証再交付申請書

記入見本
(障がい)

(申請先) 上田市長

2019年4月1日

申請者	住所	上田市大手 *-* *-**		
	氏名	上田 市郎	受給者との続柄 (本人)	電話番号 0268 - 23 - ****
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input type="checkbox"/> 父子家庭
取得事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転	申請者と資格者が同じで氏名を記入しない場合であっても、生年月日はご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・		<input checked="" type="checkbox"/> 手帳取得身・療・精 3 級	資格変更 →
受給資格者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)	生年月日	住所 (申請人と同一の場合は記入不要)	
		T S H ** 年 * 月 * 日	電話番号 - -	
		次の書類を添付してください ・障がい者手帳の写し (等級・写真がある面) ・保険証のコピー (受給者本人のもの) ・振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピー ※世帯員に転入者がいる場合は所得判定が必要で		T S H 年 月 日
加入医療保険	保険者名・支部名等	被保険者	記号	番号
	全国健康保険協会 ** 支部	上田 市郎 <input type="checkbox"/> 本人	1111111	2222
振込指定口座	いろは <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		上田 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所	
	普通口座 番号	1234567	口座名義人 カナのみ	ウエダ イチロウ
送付先	〒 123 - 4567 住所 上田市*****	宛名	上田 優子 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 本人	
<p>上記のとおり、上田市福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受給資格審査等のために、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 ・本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <p><input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合 私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。</p>				

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

- 豊殿地域自治センター
- 塩田地域自治センター
- 川西地域自治センター
- 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

- ①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

- 福祉医療費受給者証交付申請書
 福祉医療費に関する変更届出書
 福祉医療費受給者証再交付申請書

記入見本
(母子父子)

(申請先) 上田市長

2019年4月1日

申請者	住所	上田市大手 *-* *-**						
	氏名	上田 市郎	受給者との続柄 (本人)	電話番号	0268 - 23 - ****			
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input checked="" type="checkbox"/> 父子家庭	<input type="checkbox"/> 高齢者	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損
取得事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input checked="" type="checkbox"/> 所得要件該当	<input type="checkbox"/> 低所得高齢者該当	<input type="checkbox"/> 手帳取得 身・療・精 級			
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・精 級 → 身・療・精 級				<input type="checkbox"/> 資格変更 →			
受給者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)	生年月日	住所 (申請人と同一の場合は記入不要)					
		T S H **年 *月*日	申請者と同一で氏名を記入しない場合でも、生年月日はご記入ください。					
	上田 優子	T S H **年 *月*日	T S H 年 月 日					
	上田 太郎	T S H **年 *月*日	T S H 年 月 日					
加入医療保険	保険者名・支部名等	被保険者	記号	番号				
	全国健康保険協会 ** 支部	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	111111	2222				
振込指定口座	いろは <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		上田 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所					
	普通口座 番号	1234567	口座名義人 カナのみ	ウエダ イチロウ				
送付先	次の書類を添付してください ・保険証のコピー (受給者本人のもの。出生の場合、扶養にとる方の保険証。) ・振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピー				<input type="checkbox"/> 本人			
上記のとおり、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 ・本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合 私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。								

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

- 豊殿地域自治センター 塩田地域自治センター
 川西地域自治センター 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

- ①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

- 福祉医療費受給者証交付申請書
- 福祉医療費に関する変更届出書
- 福祉医療費受給者証再交付申請書

記入見本
(変更)

(申請先) 上田市長

2019年4月1日

申請者	住所	上田市大手 *-* *-**						
	氏名	上田 市郎	受給者との続柄 (夫)	電話番号	0268 - 23 - ****			
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input type="checkbox"/> 父子家庭	<input type="checkbox"/> 高齢者	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損
取得事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 所得要件該当	<input type="checkbox"/> 低所得高齢者該当	<input type="checkbox"/> 手帳取得 身・療・精 級			
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・精 級 → 身・療・精 級				<input type="checkbox"/> 資格変更 →			
受給資格者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)		生年月日	住所 (申請人と同一の場合は記入不要)				
	上田 花子		T S H **年 *月*日	電話番号 - -				
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 次の書類を添付してください ※変更があるもののみ記入・添付 ・保険証のコピー (受給者本人のもの。) ・振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピー </div>						T S H 年 月 日	
							T S H 年 月 日	
加入医療保険	保険者名・支部名等		被保険者	記号	番号			
	全国健康保険協会 ** 支部		<input checked="" type="checkbox"/> 本人	1111111	2222			
振込指定口座	いろは		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	上田 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所				
	普通口座 番号	1234567		口座名義人 カナのみ	ウエダ イチロウ			
送付先	住所	〒 -		宛名				
	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止				<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 本人			
<p>上記のとおり、上田市福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 受給資格審査等のために、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <p><input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合</p> <p>私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。</p>								

----- 担当者処理欄 -----

資格発生日	年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送

- 豊殿地域自治センター 塩田地域自治センター
- 川西地域自治センター 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

- ①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()

様式第1号 (第3条関係)
(第9条関係)
(第10条関係)

(申請先) 上田市長

- 福祉医療費受給者証交付申請書
- 福祉医療費に関する変更届出書
- 福祉医療費受給者証再交付申請書

記入見本
(高齢者)

2019年4月1日

申請者	住所	上田市大手 *-*-*-**						
	氏名	上田 花子	受給者との続柄 (本人)	電話番号	0268 - 23 - ****			
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 母子家庭等	<input type="checkbox"/> 父子家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損
取得事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 所得要件該当	<input checked="" type="checkbox"/> 低所得高齢者該当	<input type="checkbox"/> 手帳取得 身・療・精 級			
	<input type="checkbox"/> 手帳身・療・精 級 → 身・療・精							
受給資格者	氏名 (申請人と同一の場合は記入不要)	生年月日	氏名を記入しない場合であっても、生年月日はご記入ください。(不要)					
		T S H **年 *月*日	電話番号	-	-			
	次の書類を添付してください ※変更があるもののみ記入・添付 ・保険証のコピー (受給者本人のもの。) ・振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピー				T S H 年 月 日			
					T S H 年 月 日			
加入医療保険	保険者名・支部名等	被保険者	記号	番号				
	全国健康保険協会 ** 支部	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	111111	2222				
振込指定口座	いろは <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		上田 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所					
	普通口座 番号	1234567	口座名義人 カナのみ	ウエダ イチロウ				
送付先	住所	〒 -		宛名				
					<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 本人			
<p>上記のとおり、上田市福祉医療費給付金受給者証の交付・再交付を申請、変更を届出し、以下の各項目に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受給資格審査等のために、上田市の職員が、受給資格者本人及びその世帯員並びに同居者の所得課税状況、児童扶養手当、特別障害者手当、年金等の支給状況を調査すること。 ・本人が上田市国民健康保険加入者又は後期高齢者医療制度加入者である場合は、高額療養費の調査及び支給額からの控除を行うこと。 <p><input type="checkbox"/> 受給資格者本人(保護者)・同居者以外が申請・届出する場合</p> <p>私は、受給資格者本人(保護者)の同意のもと、上記について本人(保護者)に代わり申請・届出します。</p>								

担当者処理欄

資格発生日	年 月 日
審査結果	認定・却下
発行日	年 月 日
交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

- 豊殿地域自治センター
- 塩田地域自治センター
- 川西地域自治センター
- 子育て・子育て支援課

受付	入力・発行	確認	係長	課長

申請者本人確認書類(保護者除く)

- ①個人番号カード②運転免許証③旅券④障害者手帳⑤その他()