



# 申請書記入例

様式第2号(第5条第1項、第7条第1項、第13条第2項関係)  
様式第1号(第4条関係)

福祉医療費助成制度申請書  
重度心身障害老人等福祉助成

## 《申請書の記入の仕方》

【記入箇所】 ①助成対象者欄 ②扶養義務者欄(保護者) ③申請者欄 の  
3か所のみ記入してください。

【確認事項】 裏面は記入不要ですが、**お子様の健康保険証のコピーを貼付してください。**

住所(変更後) <b>草津市草津3丁目13番30号</b>		フリガナ 氏名 個人番号	性別	本人Aとの続柄	宛名番号
本人A	クサツ アオハナ <b>草津 青花</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	男・女	平成22年10月15日	受給者番号
助成対象者	B		男・女	年 月 日	
	C				
	D		男・女	年 月 日	
	E		男・女	年 月 日	
配偶者			男・女	年 月 日	
扶養義務者	クサツ タビマル <b>草津 たび丸</b>	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2	男・女	昭和60年10月1日	
住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)					

**記入箇所① 助成対象者欄**  
あらかじめ印字している助成対象者(お子様)の住所・氏名・生年月日をご確認のうえ、マイナンバーをご記入ください。  
※番号がわからない等、未記入の場合でも、申請を受理いたします

**記入箇所② 扶養義務者欄(保護者)**  
同居の「親、祖父母、兄弟姉妹にあたる方」で主として本人の生計を維持している方の氏名、生年月日、続柄、を記入してください。

医療種別	
乳幼児・小学生	<input type="checkbox"/> 40255069 <input checked="" type="checkbox"/> 40259061
心身障害者(児)	<input type="checkbox"/> 41250069 <input type="checkbox"/> 41251067 <input type="checkbox"/> 41253063 <input type="checkbox"/> 47250063 <input type="checkbox"/> 47253067 <input type="checkbox"/> 47254065
母子家庭	<input type="checkbox"/> 43250067 <input type="checkbox"/> 43251065 <input type="checkbox"/> 43253061
父子家庭	<input type="checkbox"/> 44250066 <input type="checkbox"/> 44251064 <input type="checkbox"/> 44253060
ひとり暮らし寡婦	<input type="checkbox"/> 46250065 <input type="checkbox"/> 46251063 <input type="checkbox"/> 46253068
重度心身障害老人等	<input type="checkbox"/> 82250069 <input type="checkbox"/> 82251067 <input type="checkbox"/> 85250066 <input type="checkbox"/> 85253060
母子家庭老人	<input type="checkbox"/> 83250068 <input type="checkbox"/> 83251066
父子家庭老人	<input type="checkbox"/> 84250067 <input type="checkbox"/> 83251066
ひとり暮らし高齢寡	<input type="checkbox"/> 46251062 <input type="checkbox"/> 46252060 <input type="checkbox"/> 46253068
老人	<input type="checkbox"/> 42255068 <input type="checkbox"/> 42251066 <input type="checkbox"/> 42252064
加入保険(変更後)	被保険者・世帯主 住所(助成対象者と異なる場合のみ記入) 記号 番号 保険者名 協健 健保 共済 国保 後期 保険者所在地
取得事由	喪失事由
<input type="checkbox"/> 条例該当 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 50条該当 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 切替 <input type="checkbox"/> 満了 <input type="checkbox"/> 後期75歳 <input type="checkbox"/> 後期50条 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 記号 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 履歴 <input type="checkbox"/> 訂正

**記入不要**  
**(市役所記入欄)**

・申請いただいた方に、オレンジ色の受給券を郵送いたします。  
・受給券は、10月から県内の医療機関で使っていただけます。



### 受給券見本

滋賀県内のみ有効			
福祉医療費受給券(子ども医療)			
福祉番号	40259061	受給者番号	*****
居住地	525-8588 草津市草津三丁目13番30号		
氏名	草津 青花		
生年月日	平成22年10月15日		
有効期間	令和5年10月1日から 令和11年3月31日まで		
発行機関の長及び交付年月日	滋賀県草津市長		
自己負担金	入院	無	
通院	有: 1診療報酬明細書当たり500円 (ただし、調剤報酬明細書には適用しない)		

上記のとおり申請(届出)をします。  
なお、申請(届出)にあたり、助成対象者の属する世帯の課税台帳、住民基本台帳等必要事項について、調査・確認することを同意します。  
また、加入医療保険から高額療養費または付加給付金を支給されたときは、先に草津市が医療機関等に支払った高額療養費または付加給付金に相当額を草津市が指定する方法により返還します。

令和5年8月20日  
草津市長 宛

住所 **草津市草津3丁目13番30号**  
氏名 **草津 たび丸**  
助成対象者との続柄 **父**  
電話番号 **077-561-6975**

**記入箇所③ 申請者欄**  
申請日、申請者(※)の住所、氏名、助成対象者(お子様)との続柄、電話番号を記入してください。  
※申請者は助成対象者と同じ世帯の方としてください。

交付  回収  無効  
Cご本人が署名する場合は、印

該当者 年 月 日 得喪異動日(入力日) 年 月 日