

下関市ひとり親家庭等医療費助成要綱

平成17年2月13日制定

(趣旨)

第1条 この要綱は、ひとり親家庭等の保健の向上に寄与し、その生活の安定と福祉の増進を図るため、ひとり親家庭等に対し医療費の一部を助成することについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「児童」とは、18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある者及び20歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある者で学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する高等学校（専攻科を除く。）中等教育学校、盲学校（専攻科を除く。）ろう学校、養護学校、高等専門学校（第3学年までの学年に限る。）に在学するものをいう。

2 この要綱において「ひとり親家庭」とは、次の各号のいずれかに該当する児童の父又は母がその児童を監護する家庭をいう。

- (1) 配偶者と婚姻を解消している父又は母が養育している児童
- (2) 父又は母が死亡した児童
- (3) 父又は母が国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表1級の障害により長期にわたって労働能力を失っている児童
- (4) 父又は母の生死が明らかでない児童
- (5) 父又は母から引き続き1年以上遺棄されている児童
- (6) 父又は母が法令により引き続き1年以上拘禁されている児童
- (7) 母が婚姻によらないで懐胎した児童
- (8) 父又は母が海外にあるためその扶養を受けることができない児童

3 この要綱において「養育者」とは、次に掲げる児童と同居して、これを監護し、かつ、その生計を維持する者であって父母及び児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号に規定する里親以外の者をいう。

- (1) 父母が死亡した児童
- (2) 父又は母が監護しない前項各号に掲げる児童

4 この要綱にいう「父」には母が児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないがその母と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を、「配偶者」には婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を、「婚姻」には婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含むものとする。

5 この要綱において、「社会保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - (3) 私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）
 - (4) 国家公務員等共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - (7) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）
- （対象者）

第3条 医療費の助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、下関市内に居住地を有する者又は国民健康保険法第116条若しくは116条の2の規定により下関市の行う国民健康保険の被保険者とされる者又は高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とされる者で次のいずれかに該当する社会保険各法の規定による被保険者、組合員又はその被扶養者とする。

- (1) ひとり親家庭の父又は母及び児童
- (2) 配偶者のいない養育者及び養育者が養育する前条第3項に掲げる児童

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は対象者としなない。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者
- (2) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）による一般疾病医療費の支給を受けることができる者
- (3) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条の規定による児童福祉施設に入所している児童又は同法第27条第1項第3号の規定による里親に養育されている児童であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者
- (4) 重度心身障害者医療費助成事業（昭和48年7月23日社会第670号山口県民生部長通知）による医療費の助成を受けることができる者
- (5) 国民健康保険法116条又は116条の2の規定により他の市町村が行う国民健康保険の被保険者とされた者
- (6) 高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とされた者
- (7) 市民税所得割課税（年齢19歳未満の扶養親族に係る扶養控除に関する規定の適用について、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）による改正前

の規定によって計算された市民税所得割が非課税となる場合を除く。)世帯の者。ただし、義務教育就学前児と児童扶養手当法施行令に定める額未満である世帯の小学生を除く。

(助成の範囲)

第4条 市長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に関する給付の額(その者が社会保険各法の規定による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する社会保険各法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。)が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額(社会保険各法による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額(以下「標準負担額」という。)を除いた額とする。)をこの要綱に定める手続に従い、ひとり親家庭等医療費として対象者に助成するものとする。ただし、当該疾病又は負傷について法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りでない。

2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

(助成の方法)

第5条 対象者が、この要綱で定める手続に従い、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局若しくは指定訪問看護事業者又はその他別に定める病院、診療所若しくは薬局(以下「保険医療機関等」という。)で医療を受けた場合には、市長は、ひとり親家庭等医療費として当該医療を受けた者に交付すべき額の限度において、その者が当該医療に関し当該保険医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり、当該保険医療機関等に支払うことができる。

2 前項の規定により支払があったときは、当該医療を受けた者に対し、ひとり親家庭等医療費の助成があったものとみなす。

3 市長は、第1項の規定により保険医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(受給者証の交付申請)

第6条 この要綱によりひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ福祉医療費受給者証交付・更新申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)及び被扶養者確認票(様式第1-1号、市長が必要と認める場合に限る。)に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入者証
 - (2) 課税及び扶養の状況を記載した書類で市長が必要と認めるもの。ただし、ひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認できるときは、当該書類等の提示等を要しないものとする。
 - (3) ひとり親家庭を証する書類
 - (4) その他市長が必要と認めた書類
- 2 前項の申請に当たって、ひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、次に掲げる事項について、同意しなければならない。
- (1) 市長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、課税状況、児童手当の受給状況及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。
 - (2) 市長が、ひとり親家庭の同一生計者の確認のため、住民基本台帳、児童扶養手当の受給の状況を調査すること。
 - (3) 市長が、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
 - (4) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
 - (5) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
 - (6) 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市長が確認すること。
 - (7) 下関市ひとり親家庭等医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。
- (受給者証の交付等)
- 第7条 市長は、前条に規定する申請書に基づいて第2条に規定する対象者であることを確認したときは、申請者に福祉医療費受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。
- 2 受給者証の有効期間の末日は、前項の規定による交付後最初に到来する7月31日(その日前に当該児童の第2条第1項及び第3条第2項第6号の規定による児童である最終の日が到来するときは、当該最終の日)とする。
- (受給者証の更新申請)
- 第8条 受給者証の交付を受けている者(以下「受給者」という。)は、毎年7月31日ま

でに、申請書を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

- 2 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、当該受給者証を直ちに市長に返還しなければならない。

(受給者証の再交付申請)

第9条 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、福祉医療費受給者証再交付申請書(様式第1-2号)に再交付申請の理由を明記のうえ市長に提出して、その再交付を申請することができる。

- 2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の再交付申請に際しては、その受給者証を添えなければならない。

- 3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

(氏名等変更の届出)

第10条 受給者は、氏名、住所又は加入保険の内容に変更を生じたときは、福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届(様式第3号)を14日以内に市長に届け出なければならない。

(受給者証の返還)

第11条 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに受給者証を返還しなければならない。

- 2 受給者は、この要綱による対象者でなくなったときは、福祉医療費受給者証資格喪失届(様式第4号)を14日以内に市長に届け出るとともに速やかに受給者証を返還しなければならない。

(ひとり親家庭等医療費助成の申請等)

第12条 第4条の規定によるひとり親家庭等医療費の助成を受けようとするときは、福祉医療費交付申請書(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書を受理したときは、必要な審査を行い、第4条に定めるひとり親家庭等医療費の額を決定し、受給者に支払うものとする。

(受療の手続)

第13条 受給者は、第5条の規定により医療を受けようとするときは、保険医療機関等に被保険者証又は組合員証及び受給者証を提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証若しくは組合員証又は受給者証を提出することができない者であって、受給者であることが明らかな者については、この限りではない。

(第三者の行為による被害の届出)

第14条 ひとり親家庭等医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、ひとり親家庭等医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、その事実並びに当該第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときはその旨）並びに被害の状況を直ちに市長に届け出なければならない。

（ひとり親家庭等医療費の返還等）

第15条 市長は、偽り、その他不正な手段によりひとり親家庭等医療費の助成を受けた者があるときは、その者から、その助成を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

2 市長は、受給者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その金額の限度において、ひとり親家庭等医療費の全部又は一部を助成せず、又は既に助成した額に相当する金額を返還させることができる。

（電子申請）

第16条 前条までの規定にかかわらず、第9条第1項及び第11条第2項に規定する申請は、電子情報処理組織（市の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請する者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行うことができる。

2 前項の規定により行われた申請は、前条までに規定する様式により行われたものとみなして、当該申請に関する前条までの規定を適用する。

3 第一項の規定により行われた申請は、同項の市の使用に係る電子計算機に備えられたファイルへの記録がされた時に市に到達したものとみなす。

4 第一項の場合において、市は、当該申請に関する他の規定により署名等を行うこととしているものについては、当該規定にかかわらず、氏名又は名称を明らかにする措置であって市で定めるものをもって当該署名等に代えさせることができる。

（その他）

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成17年2月13日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の日前に、合併前の下関市母子家庭医療費助成要綱（昭和53年10月1日下関市長制定）、父子家庭医療費助成要綱（昭和55年8月1日下関市長制定）、菊川町

母子家庭医療費助成要綱（昭和53年10月1日菊川町長制定）、豊田町母子家庭医療費助成要綱（昭和53年10月1日豊田町長制定）、豊浦町母子家庭医療費助成要綱（昭和53年豊浦町告示第48号）、豊浦町父子家庭医療費助成要綱（昭和60年豊浦町告示第17号）又は豊北町母子家庭医療費助成要綱（昭和53年10月1日豊北町長制定）（以下これらを「合併前の要綱」という。）の規定によりなされた決定、手続その他の行為は、この要綱の相当規定によりなされたものとみなす。

（平成16年度の特例）

- 3 平成16年度のひとり親家庭等医療費の助成は、合併前の要綱の規定により対象となる者を対象者とみなして、それぞれ合併前の要綱の例により行うものとする。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成19年3月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成21年8月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成23年1月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成24年8月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成28年5月6日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成 2 9 年 3 月 1 日から施行する。

福祉医療費受給者証交付(更新)申請書 (ひとり親家庭用)

児 扶	No.	申 転 養	受付者
事由発生日			
資格取得日			
発 送 日			

加入医療保険の状況

被保険者 (世帯主)	フリガナ											生年月日	年	月	日							
	氏名											個人番号										
加 入 医療保険	保険者番号											記号番号										
	保険者名称																					

世帯の状況

	フリガナ 氏 名	年齢	性別	続柄	勤務先または学校名・在学年 個人番号	保険資格認定日 (住民コード)	(受給者番号)
父・母・ 養育者及び 児童	(. 生)					年 月 日	
	(. 生)					年 月 日	
	(. 生)					年 月 日	
	(. 生)					年 月 日	
その他の 世帯員	(. 生)					/	/
	(. 生)					/	/
	(. 生)					/	/

裏面の記載事項について同意し、上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年 月 日

(あて先) 下関市長
申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (自署の場合は押印省略可)

裏面に記載の同意事項をよくお読みください。

年度	本 人	()	()
所得額			
市民税 所得割額	年()高()左記以外()	年()高()左記以外()	年()高()左記以外()
【本人確認書類】	運転免許証 パスポート	個人番号カード その他()	

福祉医療費申請（受給）にあたっての同意事項

- 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況、児童手当の受給状況及び19歳未満の扶養親族状況を調査すること。
課税の状況等が公簿により確認できない場合は、それらが確認できる書類で市長が必要と認めるものを提示してください。
- 2 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 4 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、本市の過払い相当額を本市へ返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を本市が確認すること。
- 6 申請者及び被保険者が下関市乳幼児医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

様式第 1 - 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

被扶養者確認票 (ひとり親家庭医療受給申請用)

年 月 日の現況において、「生計を一にする」0歳から19歳未満の扶養親族について (年末調整又は確定申告時に申告された扶養親族の状況です。)

記入上の注意

- 1 扶養者が父母以外 (祖父母など) の場合、「その他」欄にその扶養者の氏名を記入してください。
- 2 一人のお子さんについて、複数の扶養者が同時に扶養することはできません。

年 月 日 ~ 年 月 日生まれの扶養親族 (0歳 ~ 15歳)

氏名	生年月日	続柄	扶養者 (いずれかに または記入)		
			父	母	その他
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				

年 月 日 ~ 年 月 日生まれの扶養親族 (16歳 ~ 18歳)

氏名	生年月日	続柄	扶養者 (いずれかに または記入)		
			父	母	その他
	年 月 日				
	年 月 日				

上記 (16歳 ~ 18歳) の扶養親族のうち、現在同居していない扶養親族

氏名	現住所

同意事項等

- 1 被扶養者確認票に記載された事項について、市長が申請者及び受給者に内容を確認すること。
- 2 扶養状況の確認ができない場合は、必要に応じて旧住所地の市町村に照会すること。
- 3 受給者及び税扶養者の扶養状況の内容の確認のために市長が必要と認めるものを提出すること。
- 4 記載された扶養情報をもとに医療費助成を決定した後、被扶養者確認票に記載された扶養の事実と虚偽があり、福祉医療の受給要件を満たさなかった場合、助成の決定を取り消すとともに受給者に対して給付した助成額の全部又は一部を市長へ返還すること。

上記について、同意のうえ申請します。

年 月 日の住所地

(あて先) 下関市長 申請者氏名

印

福祉医療費受給者証再交付申請書

加入医療保険の状況

被保険者 (世帯主)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
加入 医療保険	保険者番号		記号番号	記号	番号
	保険者名称				

再交付を希望する受給者

フリガナ		男 ・ 女	(住民コード)	
氏名			受給者番号	
生年月日	年 月 日		資格認定日	年 月 日
フリガナ		男 ・ 女	(住民コード)	
氏名			受給者番号	
生年月日	年 月 日		資格認定日	年 月 日
フリガナ		男 ・ 女	(住民コード)	
氏名			受給者番号	
生年月日	年 月 日		資格認定日	年 月 日
フリガナ		男 ・ 女	(住民コード)	
氏名			受給者番号	
生年月日	年 月 日		資格認定日	年 月 日

再交付を必要とする理由

受給者証を失ったときの事情	1 破損 2 紛失 3 その他 ()
受給者証を失った日	年 月 日頃
受給者証を失った場所	

同意事項

福祉医療費受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものです。今後は紛失等のないよう大切に保管してください。

上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の再交付を申請します。	
年 月 日	
(あて先) 下関市長	
申請者	住所 _____
	氏名 _____ 印 TEL (_____)
	(自署の場合は押印省略可)

様式第2号（第7条関係）

（表）

<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 5px;">福</td> <td style="padding: 5px;">福祉医療費受給者証</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">（ひとり親家庭用） 山口県内のみ有効</p>		福	福祉医療費受給者証
福	福祉医療費受給者証		
特記事項			
記号			
番号			
受給者	居住地	下関市	
	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
有効期間	年	月	日から 日まで
一部負担金の上限額（裏面2）	通院		入院
発行機関及び印	山口県下関市 <b style="font-size: 1.2em;">下関市長 （負担者番号 81350019）		
交付年月日	年	月	日

（裏）

注 意 事 項	
<p>1 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>2 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分（入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く。）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。</p> <p style="margin-left: 2em;">ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。</p> <p>3 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。</p> <p style="margin-left: 2em;">（1）氏名、住所、加入医療保険に変更があるとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（2）医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（3）受給者証を紛失したとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（4）医療費の助成がある施設へ入所したとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（5）生活保護を受けるようになったとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（6）他の法令等により医療費の助成を受けられるとき又は受けたとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（7）高額療養費、高額介護合算療養費、附加給付金を受けたとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（8）婚姻したとき</p> <p style="margin-left: 2em;">（9）税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき</p> <p>4 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市長にこの受給者証を返納してください。</p> <p style="margin-left: 2em;">この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものですから大切に保管してください。（ただし、入院時の食事費等は自己負担があります。）</p> <p style="margin-left: 2em;">この受給者証は、県外では原則として使用できません。</p> <p style="margin-left: 2em;">偽り又は不正な行為により、この受給者証を使用したり、市に対する申告や報告が正しくなかったり、または市長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。</p>	

福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届

年 月 日 (あて先) 下関市長 届出人 (旧) 住 所 氏 名 印 TEL(.....) (自署の場合は押印省略可)			
(旧) 氏名	生年月日	受給者番号	(住民コード)
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

新住所	〒 -	住所変更日 年 月 日
新氏名	縁組による その他()	離婚による 氏名変更日 年 月 日
保 険	被保険者氏名 (世帯主)	生年月日 年 月 日
	記号番号	記号 番号
	保険者番号	資格認定日 年 月 日
	保険者名称	
備 考		

台帳	処理

証書換	受付者

福祉医療費受給者証資格喪失届

年 月 日 (あて先) 下関市長 届出人 住 所 氏 名 印 TEL(.....) (自署の場合は押印省略可)			
氏 名	生年月日	受給者番号	(住民コード)
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

下記のとおり資格喪失となりましたので届け出ます。

資格喪失理由	所得更正 他市町村・国外に転出 転出先..... 死亡 生活保護開始 高所得者(課税者)と同居 婚姻・事実婚 児童福祉施設に入所 重度心身障害者用に切り換え その他 理 由.....																								
事由発生日	年 月 日																								
備考	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">受給者証</td> <td style="border: none;">回収</td> <td style="border: none;">・</td> <td style="border: none;">書換</td> <td style="border: none;">・</td> <td style="border: none;">持参なし</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">返還金確認</td> <td style="border: none;">要</td> <td style="border: none;">・</td> <td style="border: none;">不要</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">喪失日以降の使用</td> <td style="border: none;">無</td> <td style="border: none;">・</td> <td style="border: none;">有</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">(受診日</td> <td style="border: none;">医療機関</td> <td colspan="4" style="border: none;">)</td> </tr> </table>	受給者証	回収	・	書換	・	持参なし	返還金確認	要	・	不要			喪失日以降の使用	無	・	有			(受診日	医療機関)			
受給者証	回収	・	書換	・	持参なし																				
返還金確認	要	・	不要																						
喪失日以降の使用	無	・	有																						
(受診日	医療機関)																							

台帳	処理

証書換	受付者

福祉医療費交付申請書

年 月 日 (あて先) 下関市長 住所 申請者 (印) (.....)				
被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	受 給 者 番 号	(住 民 コ ー ド)
	申請者に同じ	年 月 日	/	
受 給 者		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。				

振込先

銀行 信用金庫 協同組合 信用金庫				本店 支店 支所 出張所				口座名義 (カタカナ)							
店番				支店コード				口座番号							

領収書受理	受付者
枚	