

**改正**

昭和51年8月17日規則第74号

昭和52年9月30日規則第44号

昭和53年9月30日規則第48号

昭和54年9月29日規則第82号

昭和55年3月28日規則第17号

昭和55年10月9日規則第66号

昭和56年3月31日規則第18号

昭和57年10月28日規則第52号

昭和58年3月3日規則第3号

昭和58年3月31日規則第16号

昭和59年12月28日規則第53号

平成3年4月1日規則第16号

平成3年8月1日規則第24号

平成4年3月31日規則第8号

平成9年7月1日規則第35号

平成11年4月1日規則第14号

平成12年3月29日規則第3号

平成17年9月2日規則第76号

平成18年3月31日規則第58号

平成20年3月31日規則第39号

平成21年5月29日規則第56号

平成22年9月30日規則第82号

平成22年10月20日規則第83号

平成23年6月20日規則第35号

平成24年3月30日規則第18号

平成24年7月13日規則第51号

平成25年3月29日規則第36号

平成25年9月9日規則第65号

平成27年6月24日規則第50号

平成27年12月28日規則第80号

平成28年3月31日規則第61号

平成28年11月21日規則第131号

平成29年1月4日規則第1号

平成30年3月29日規則第15号

平成31年1月23日規則第1号

令和3年3月31日規則第26号

## 佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、佐世保市福祉医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第54号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

**第2条** この規則において「心身障害者」、「乳幼児」、「小・中学生」、「母子家庭の母と子」、「父子家庭の父と子」及び「医療保険各法」とは、条例第2条に規定する「心身障害者」、「乳幼児」、「小・中学生」、「母子家庭の母」、「母子家庭の子」、「父子家庭の父」、「父子家庭の子」及び「医療保険各法」をいう。

(受給資格の認定申請)

**第3条** 条例第6条の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳（乳幼児・小中学生）（様式第1号）又は福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳（母子・父子）（様式第1号の2）、福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳（障がい者）（様式第1号の3）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) 本市の区域内に住所を有することを証する書類又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）の規定による支給決定を証する書類
- (2) 医療保険各法の規定による被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類
- (3) 心身障害者にあつては、条例第2条第1項に規定する障害の程度を証する書類及び条例第5条第1号に規定する事項に該当しないことを証する書類
- (4) 乳幼児にあつては、条例第2条第2項に規定する事項を証する書類
- (5) 小・中学生にあつては、条例第2条第3項に規定する事項を証する書類

(6) 母子家庭の母と子にあつては、条例第2条第4項又は第5項に規定する事項に該当し、かつ、条例第5条第3号から第5号までに規定する事項に該当しないことを証する書類

(7) 父子家庭の父と子にあつては、条例第2条第6項及び第7項に規定する事項に該当し、かつ、条例第5条第3号及び第5号に規定する事項に該当しないことを証する書類

2 前項の規定にかかわらず、前項各号に掲げる添付書類により証明すべき事実を、市長が、公簿等で確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。

(福祉医療費受給者証)

**第4条** 条例第7条の規定による福祉医療費受給者証（以下「受給者証」という。）は、様式第2号（心身障害者の対象となる者にあつては様式第3号、乳幼児であつて、条例第9条第3項及び第4項に規定する支給の方法（以下「現物給付」という。）の対象となるものにあつては、様式第3号の2）による。

2 市長は、受給者証を申請者に交付したときは、福祉医療費受給者台帳にその旨を登録するものとする。

(認定申請の却下通知)

**第5条** 市長は、受給資格がないと認めるときは、福祉医療費受給資格認定申請却下通知書（様式第4号）を申請者に交付するものとする。

(受給者証の更新)

**第6条** 受給者証の有効期間は、それぞれ次の各号のとおりとする。

(1) 心身障害者 昭和49年10月1日から昭和51年9月30日まで。

(2) 乳幼児 満6歳に達する日以後の最初の3月31日まで。

(3) 小・中学生 満15歳に達する日以後の最初の3月31日まで。

(4) 母子家庭の母と子 昭和53年12月1日から昭和54年11月30日まで。

(5) 父子家庭の父と子 平成22年12月1日から平成23年11月30日まで。

2 前項に規定する有効期間が経過した後は、同項第2号及び第3号の場合を除き、経過した日から起算して1年の期間で受給者証を更新するものとし、以後この例により更新し、新たな受給者証を交付するものとする。この場合において、心身障害者について、第6項ただし書の規定により受給者証の更新申請を省略させることとする場合にあつては、既に交付された受給者証を、更新により新たに交付された受給者証とみなす。

3 前2項に規定する有効期間の途中で交付を受けた受給者証の有効期間は、それぞれ前2項に規定する期間の残存期間とする。

- 4 心身障害者に係る条例第5条第1号に規定する所得の確認は、受給者証の更新のときに行うものとする。ただし、その者が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）に基づく障害児福祉手当若しくは特別障害者手当又は国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号）附則第97条に基づく福祉手当の受給権者であつて、当該年度の所得状況に関して特別児童扶養手当等の支給に関する法律第20条又は第21条の規定（第26条の5において準用する場合を含む。）による支給の制限を受けていないものにあつては、第3条第3号に掲げる書類を省略できるものとする。
- 5 母子家庭の母又は父子家庭の父に係る条例第5条第2号から第4号までに規定する所得の確認は、第2項に規定する受給者証の更新のときにも行うものとする。ただし、その者が、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）に基づく児童扶養手当の受給権者であつて、当該年度の所得状況に関して児童扶養手当法第9条、第9条の2又は第10条の規定による支給の制限を受けていないものにあつては、所得状況の確認を省略することができる。
- 6 受給者証の更新申請は、福祉医療費受給資格更新申請書（障害・母子・父子）（様式第9号及び様式第10号）により行うものとし、第3条から第5条までの規定を準用する。ただし、心身障害者については、市長が必要と認める場合は当該書類の提出を省略させることができる。
- 7 市長は、乳幼児福祉医療費の受給者が満6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日に、第4条第1項に規定する受給者証（乳幼児福祉医療費受給者証。様式第3号の2）を、同項に規定する受給者証（小・中学生福祉医療費受給者証又は母子若しくは父子福祉医療費受給者証。様式第2号）に更新するものとする。

（受給者証の再交付申請）

**第7条** 受給者は、受給者証を破損又は亡失したときは、受給者証再交付申請書（様式第5号）を市長に提出して再交付を受けなければならない。

（支給の申請等）

**第8条** 条例第9条の規定による申請は、福祉医療費支給申請書（様式第6号）により行うものとし、医療機関の領収書又は、医療機関等証明書（様式第6号の2又は様式第6号の3）を添付するものとする。原則として同一医療機関等につき1月1回とする。

- 2 現物給付に係る福祉医療費の請求及び支払いについては、市長が委託する審査支払機関等を通じて行うものとする。
- 3 前項の規定にかかわらず、現物給付に係る福祉医療費のうち柔道整復施術費については、市長と福祉医療費の受領委任払いに係る協定を締結した柔道整復師の施術所等が請求し、当該柔道整

復師の施術所等に対し支払うものとする。

(受給資格認定事項の異動届)

**第9条** 受給者は、受給資格認定事項に異動があつたときは、速やかに福祉医療費受給資格認定事項異動届（心身障害者にあつては様式第7号、その他の者にあつては様式第7号の2）に当該異動事実を証する書類及び受給者証を添え、市長に提出しなければならない。

(配偶者等の変更に伴う同意書)

**第10条** 心身障害者の受給者は、現にその者と生計を同じくする配偶者又は民法（明治29年法律第89号）第877条に規定する扶養義務者に変更があつたときは、速やかに同意書（様式第11号）を市長に提出しなければならない。

(受給資格喪失の届出)

**第11条** 受給者は、条例第3条に定める福祉医療費の支給要件に該当しなくなつたときは、速やかに、福祉医療受給資格認定事項喪失届（障・乳幼・小中学生・母子・父子）（様式第8号）に受給者証を添え、市長に提出しなければならない。

(委任)

**第12条** この規則に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、条例施行の日から施行し、昭和49年10月1日以後の診療に係る医療費から適用する。
- 2 この規則の施行の際、既に提出された福祉医療費受給資格認定調査書は、第3条の規定によりこの規則の施行日に提出された福祉医療費受給資格認定申請書とみなす。

附 則（昭和51年8月17日規則第74号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（昭和52年9月30日規則第44号）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）第6条第1項第3号の規定は、昭和52年10月1日以降の診療にかかる医療費から適用する。
- 2 改正後の規則第6条第1項第3号の規定中「昭和53年12月1日から昭和54年11月30日まで。」とあるのは、昭和53年11月30日までの間「昭和52年10月1日から昭和53年11月30日まで。」と読み替えるものとする。

**附 則**（昭和53年 9 月30日規則第48号）

（施行期日）

- 1 この規則は、昭和53年10月 1 日（以下「施行日」という。）から施行する。

（適用）

- 2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）第 6 条第 1 項第 3 号の規定は、施行日以後の診療に係る医療費から適用する。
- 3 改正後の規則第 6 条第 1 項第 3 号の規定中「昭和53年12月 1 日から昭和54年11月30日まで。」とあるのは、母子家庭の子にあつては、昭和53年11月30日までの間「昭和53年10月 1 日から昭和54年11月30日まで。」と読み替えるものとする。

**附 則**（昭和54年 9 月29日規則第82号）

（施行期日）

- 1 この規則は、昭和54年10月 1 日（以下「施行日」という。）から施行する。

（適用）

- 2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則第 6 条第 1 項第 4 号の規定は、施行日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**（昭和55年 3 月28日規則第17号）

この規則は、昭和55年 4 月 1 日から施行する。

**附 則**（昭和55年10月 9 日規則第66号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

（読替規定）

- 2 佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則第 6 条第 1 項第 3 号中「昭和53年12月 1 日から昭和54年11月30日まで。」とあるのは、母子家庭の子（ただし、義務教育終了前の子を除く。）にあつては、昭和56年11月30日までの間「昭和55年10月 1 日から昭和56年11月30日まで。」と読み替えるものとする。

**附 則**（昭和56年 3 月31日規則第18号）

（施行期日）

- 1 この規則は、昭和56年 4 月 1 日（以下「施行日」という。）から施行する。

（適用）

- 2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則（以下「改正後の規

則」という。)第6条第1項第1号の規定は、施行日以後の診療に係る医療費から適用する。

(読替規定)

- 3 改正後の規則第6条第1号中「昭和49年10月1日から昭和51年9月30日まで。」とあるのは、身体障害者(ただし、級別が1級又は2級に該当する旨身体障害者手帳に記載された者を除く。)にあつては、昭和59年9月30日までの間「昭和56年4月1日から昭和57年9月30日まで。」と読み替えるものとする。

**附 則**(昭和57年10月28日規則第52号)

この規則は、昭和57年11月1日から施行する。

**附 則**(昭和58年3月3日規則第3号)

この規則は、昭和58年4月1日から施行する。

**附 則**(昭和58年3月31日規則第16号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**(昭和59年12月28日規則第53号)

この規則は、昭和60年1月1日から施行する。

**附 則**(平成3年4月1日規則第16号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(適用)

- 2 改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、施行の日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**(平成3年8月1日規則第24号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**(平成4年3月31日規則第8号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**(平成9年7月1日規則第35号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**（平成11年4月1日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**（平成12年3月29日規則第3号）

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

**附 則**（平成17年9月2日規則第76号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

**附 則**（平成18年3月31日規則第58号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

**附 則**（平成20年3月31日規則第39号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

**附 則**（平成21年5月29日規則第56号）

この規則は、平成21年6月1日から施行する。

**附 則**（平成22年9月30日規則第82号）

（施行期日）

1 この規則は、平成22年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前までの診療に係る医療費については、なお従前の例による。

**附 則**（平成22年10月20日規則第83号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成22年12月1日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前までの診療に係る医療費については、なお従前の例による。

**附 則**（平成23年6月20日規則第35号）

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**（平成24年3月30日規則第18号）

（施行期日）



1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に改正前の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号及び様式第7号の2により提出されている文書は、改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号及び様式第7号の2により提出された文書とみなす。

**附 則** (平成24年7月13日規則第51号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則** (平成25年3月29日規則第36号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第3条の改正規定は、平成25年4月1日から施行する。

**附 則** (平成25年9月9日規則第65号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則** (平成27年6月24日規則第50号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第6条第2項の改正規定、第10条を第11条とし、第9条の次に1条を加える改正規定及び様式第10号の次に1様式を加える改正規定は、平成27年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に改正前の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号の3、様式第6号、様式第6号の2及び様式第10号により提出されている文書は、改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号の3、様式第6号、様式第6号の2及び様式第10号により提出された文書とみなす。

**附 則** (平成27年12月28日規則第80号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

**附 則** (平成28年3月31日規則第61号)

(施行期日)

1 この規則は、平成28年8月1日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、様式第4号の改正規定は、平成28年4月1日から施行する。

(医療費に関する経過措置)

2 この規則による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の規定(前項本文に

に係る改正規定に限る。)は、施行日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前までの診療に係る医療費については、なお従前の例による。

(申請に関する経過措置)

- 3 佐世保市福祉医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例(平成28年条例第20号)による改正後の佐世保市福祉医療費の支給に関する条例(以下「新条例」という。)第6条の認定を受けようとする支給対象者又はその保護者で、新条例第2条第3項及び第9項の要件を満たしているものは、施行日前においても、この規則による改正後の様式第1号を使用して、その申請を行うことができる。

(様式に関する経過措置)

- 4 施行日前に現に提出されているこの規則による改正前の様式第1号の文書は、この規則による改正後の様式第1号(「児童手当情報」の次に「身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等情報」を加える部分を除く。)により提出された文書とみなす。

**附 則**(平成28年11月21日規則第131号)

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**(平成29年1月4日規則第1号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に交付された福祉医療費受給者証の様式については、この規則による改正後の様式第2号から様式第3号の2までの様式にかかわらず、なお従前の例による。

**附 則**(平成30年3月29日規則第15号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。ただし、第6条に1項を加える改正規定は、公布の日から施行する。

**附 則**(平成31年1月23日規則第1号)

この規則は、平成31年3月1日から施行する。

**附 則**(令和3年3月31日規則第26号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の第6条第1項第6号に規定する有効期間が経過し、同条第2

項の規定による更新受給者証の交付を受けている者に係る福祉医療費の申請及び受給資格に関する手続については、なお従前の例による。

- 3 この規則の施行の際現に改正前の様式第1号の2、様式第1号の3、様式第5号、様式第7号の2、様式第8号、様式第9号、様式第10号及び様式第11号により提出されている文書は、改正後の様式第1号の2、様式第1号の3、様式第5号、様式第7号の2、様式第8号、様式第9号、様式第10号及び様式第11号により提出された文書とみなす。

様式第 1 号 (第 3 条関係)



福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳（乳幼児・小中学生）

お子様について	フリガナ	個人番号	-	-	性別	
	氏名	生年月日	年	月	日	男 女
	住所 佐世保市	丁目 町	番(地)	号	資格取得の理由 1 出生 2 転入 3 保険加入 4 制度改正 5 その他( )	

お子様の医療保険について	被保険者	フリガナ	個人番号	-	-	
		氏名	生年月日	年	月	日
	住所 1 お子様と同じ 2 その他( )					
	保険者番号	記号	番号			
保険者の名称		1 全国健康保険協会 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国民健康保険	お子様の 資格取得年月日	年	月	日
		お子様との続柄	1 父 2 母 3 その他( )			

振込口座	銀行 信用組合 農協 信用金庫	本店 店番 支店 ( )
	口座番号	口座名義人 <small>(保護者名義のもの)</small>

カタカナでご記入ください

上記のとおり申請します。あわせて、福祉医療費助成を受けるにあたり、下記の事項に同意します。

- 福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者の所得情報及び住民税課税情報並びに健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の母子・父子及び障がい福祉医療費受給情報を佐世保市長が確認することに同意します。
- 福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を佐世保市長が保険者へ確認することに同意します。
- 市が乳幼児福祉医療費を現物給付した医療費について、保険者が規定する高額療養費や附加給付金等の対象となる場合、保険者への申請及び受領の権限を佐世保市長へ委任します。
- 申請により市が給付した医療費について、保険者が規定する高額療養費や附加給付金等を受領した場合、重複した医療費相当額を市へ返還します。

佐世保市長（受任者）様 年 月 日

被保険者または国保世帯主（委任者）

住所 佐世保市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 電話番号 \_\_\_\_\_

※ 口座名義人が上記（委任者）と異なる場合は下記にご記入ください。

口座名義人保護者の氏名 \_\_\_\_\_ 印 お子様との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

【この同意書は、受給資格が喪失するまで有効です。】

受給者番号	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
受給者証交付	年 月 日	

様式第1号の2 (第3条関係)

受給者番号



福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳 (母子・父子)

申請者	フリカナ					個人番号	-				男・女						
	氏名					生年月日	年	月	日								
	住所	佐世保市	丁目	町	番(地) 号	ひとり親家庭となった理由と時期 1 死別 2 離婚 3 未婚 4 その他 ( ) 年 月 日から											
	勤務先名	〒 - -															
	生活保護等の受給状況	受給中 ( 年 月 日から ) ・ 非受給 ・ 申請中				児童扶養手当の受給状況	受給中 ( 年 月から ) ・ 非受給 ・ 申請中										
	公的年金の受給状況	1 受けていない 2 受けている ( 年 月から ) 年金の種類 ( ) 年金 3 申請中 年金の種類 ( ) 年金 4 支給停止中である ( 年 月から 年 月まで ) 年金の種類 ( ) 年金															
支給対象の子	フリ氏名	フリ氏名	性別	申請者との続柄	生年月日	学校名(職業)・学年	個人番号										
			男・女		・		-										
			男・女		・		-										
			男・女		・		-										
その他の同居家族	フリ氏名	フリ氏名	性別	申請者との続柄	備考	フリ氏名	性別	申請者との続柄	備考								
			男・女				男・女										
			男・女				男・女										
加入医療保険について	記号					番号											
	フリカナ					個人番号	-										
	被保険者氏名					生年月日	年	月	日	男・女							
	被保険者の住所	1 申請者に同じ 2 その他 ( )				申請者との続柄											
保険者の名称	1 全国健康保険協会 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国民健康保険		資格取得年月日 申請者 年 月 日 お子様 年 月 日			保険者番号											
振込口座	銀行 信用組合 農協 信用金庫				本店 店番 支店 ( )												
	口座番号 (右詰め)					口座名義人 (カタカナで)											
上記のとおり申請します。 佐世保市長 様 年 月 日 申請者 住所 佐世保市 氏名 _____ 印 _____																	
認定日	年	月	日	認定始期	児扶受給開始月 ( 年 月 ) ・ 保険加入日 ・ 転入日 ・ 1年遡及日					判定							
有効期間	親	年	月	日	～	年	月	日	子	年	月	日	～	年	月	日	入力

## 同 意 書

私、私と生計を同じくする扶養義務者（民法第877条第1項に定める扶養者）及び私が加入する健康保険の被保険者は、母子及び父子福祉医療費受給資格認定・受給に関する住民税の課税状況並びに佐世保市福祉医療費の受給資格情報及び受給情報について、市長が調査することに同意します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

扶養義務者及び被保険者氏名（申請者との関係）	個人番号
( ) 印	
( ) 印	
( ) 印	
( ) 印	
( ) 印	
( ) 印	

- ※ この同意書は、新年度の更新申請書を提出されるまでの間有効になります。
- ※ 同意をいただいている扶養義務者及び被保険者以外の者と生計同一の関係が発生した場合は、別途同意書を提出していただきます。
- ※ この同意書は、同一生計内の受給者及び受給資格者全員に適用します。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険の資格及び高額療養費支給情報、生活保護受給資格情報、児童扶養手当受給資格及び支給情報を取得します。

様式第 1 号の 3 (第 3 条関係)



受付印

福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳(障がい者)

受給対象者	フリガナ 氏名	男 女	個人番号 住所 佐世保市 丁目 番地 号			
	生年月日	年 月 日	住民となった年月日 年 月 日			
受給者 (保護者)	フリガナ 氏名	受給対象者との続柄	個人番号 住所 1 同上 2 その他			
	生年月日		年 月 日			
受給資格等	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者福祉手帳	
	交付番号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
	交付年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	等級変更年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	障害区分 (○をつけて下さい)	1級 2級 3級	A1 A2 B1	1級		
加入医療保険について	保険の種類 1 健保 2 船員 3 共済 4 組合 5 国保 6 国保退職 7 後期高齢者		保険者番号			
	保険者の名称 1 全国健康保険協会 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国民健康保険 5 後期高齢者医療		被保険者	氏名		
				個人番号		
	記号	番号	資格取得年月日 年 月 日			
医療費払込先 金融機関	銀行 信用組合 農協 信用金庫		店番( )		本店 支店	
口座番号	口座名義人 ☆受給者(保護者)の口座		カタカナでご記入ください。			
上記のとおり申請します。 佐世保市長様 年 月 日						
申請者 (受給者)		住所 佐世保市	丁目	番(地)	号	
		氏名	印			
代理人		住所	〒 ( )			
		氏名	印 ( )			

認定理由	手帳交付・転入・等級変更・未申請・その他( )	所得判定	認定・却下
受給者番号	資格開始日	年 月 日	入力 確認

本人確認  (個力 パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他( ))  
 代理人確認  (個力 パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他( ))

# 同意書

私、私と生計を同じくする扶養義務者（民法第877条第1項に定める扶養者）及び私が加入する健康保険の被保険者は、私が福祉医療費を受ける期間において住民税の課税状況並びに佐世保市福祉医療費の受給資格情報及び受給情報について、市長が調査することに同意します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

申請者と生計を同一にする者及び被保険者(申請者との関係)	
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )

※ 以後生計を同一にする者及び被保険者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の資格・高額療養費支給・高額介護合算療養費支給情報、生活保護受給資格情報、身体障害者手帳情報を取得します。

様式第2号 (第4条関係)  
表

裏

(きりとり線)

福祉医療費受給者証

受給者番号			
対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日	日生
	住所		
受給者氏名			
有効期間			
佐 世 保 市 長			
交付年月日	年 月 日		

注意事項

- 1 この受給者証は、医療費の払い戻しがあることを証明する書類ですので、大切に保管してください。
- 2 当月の診療が終わったら、福祉医療支給申請書に領収書を添付し提出してください（郵送可）。
- 3 同医療機関・同月診療分については、原則として2回に分けて申請することはできません。
- 4 転出や死亡等により受給資格を喪失した場合は、喪失届とともにこの受給者証を返還してください。
- 5 健康保険証の変更、またはこの受給者証に記載してある内容に変更があつた時は、早急に変更届を提出してください。お届げがない場合は医療費の払い戻しが出来ません。

※お問い合わせ・支給申請書の送付先

〒857—8585(住所不要)

佐世保市役所 子ども支援課(福祉医療)

TEL0956—24—1111(代)内線〇〇〇〇

様式第3号 (第4条関係)

表

裏

(きりとり線)

福祉医療費受給者証

受給者番号			
対象者	氏名		
	生年月日	年	月 日生
	住所		
受給者氏名			
有効期間			
佐 世 保 市 長			
交付年月日	年	月	日

注意事項

- 1 この受給者証は、医療費の払い戻しがあることを証明する書類ですので、大切に保管してください。
- 2 当月の診療が終わったら、福祉医療支給申請書に領収書を添付し提出してください（郵送可）。
- 3 同医療機関・同月診療分については、原則として2回に分けて申請することはできません。
- 4 転出・等級変更等により受給資格を喪失した場合は、喪失届とともにこの受給者証を返還してください。
- 5 健康保険証の変更、またはこの受給者証に記載してある内容に変更があった時は、早急に変更届を提出してください。お届けがない場合、医療費の払い戻しが出来ません。

※お問い合わせ・支給申請書の送付先

〒857-8585(住所不要)

佐世保市役所 障がい福祉課

庶務係(福祉医療)

TEL0956-24-1111(代)内線〇〇〇〇

様式第3号の2 (第4条関係)

表

裏

(きりとり線)

現物 福祉医療費受給者証

注 意 事 項

☆市外へ転出した場合は、この受給者証をご返却ください。

公費負担者番号									
受給者番号									
対象者	氏名								
	生年月日	年		月		日		生	
	住所								
受給者氏名									
有効期間 (入院・通院)	年		月		日から				
	年		月		日まで				
自己負担額	月1日につき上限		円						
	月2日以上上限		円						
交付年月日		年		月		日			

☆この証は健康保険証に添えて医療機関の窓口へ毎回提出してください。

現物給付による助成は、市長が定める医療機関等でのみ適用されます。

- この証は、佐世保市長が定める保険医療機関等で福祉医療の助成が受けることができる証ですので大切に保管してください。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証にこの証を必ず添えて、保険医療機関等の窓口へ毎回提示してください。
- 現物給付による診療を取り扱わない保険医療機関等で受診したときは、領収書と一緒に市へ福祉医療費支給申請書を提出してください。
- 市外へ転出したとき等は、受給資格を失いますので、すみやかにこの証を市へ返却してください。
- 氏名、住所、加入している健康保険及び口座に変更があった場合は、すみやかにこの証を添えて市に届け出てください。
- この証を破損・紛失したときは、再交付を受けてください。
- この証により市が支給した医療費が高額療養費や附加給付等の対象となる場合は、市が保険者へ代理請求する場合や受給者が重複した医療費相当額を市へ返還していただくことがあります。
- この証は本人以外には使えませんので、貸与・譲渡することはできません。

<医療機関へのお願い>

「現物給付」による助成は佐世保市長が定める医療機関等で受診した場合に適用されます。対象医療機関は福祉医療費の自己負担額を徴収してください。

お問い合わせ先 〒857-8585(住所不要)  
佐世保市市役所 子ども支援課(福祉医療)  
TEL 0956-24-1111(代) 内線〇〇〇〇

佐世保市長

福祉医療費受給資格認定申請却下通知書

年 月 日付で申請のありました 福祉医療制度の受給資格認定申請については、次の理由により申請を却下しますので通知します。

（理由）

様の 年度の所得額が「佐世保市福祉医療費の支給に関する条例第5条(支給の制限)」に規定する所得制限限度額を超えるため。

申請者氏名	
所得制限限度額	円
扶養人数	人
所得額 (A)	円
控除合計額 (B)	円
控除後の所得額(A-B)	円

※ 年 月 日 から 年 月 日 までの福祉医療費の受給資格がありません。

（なお、 年 月 日までが 年度の扱いとなります）

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に佐世保市長に対し審査請求をすることができます。また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日から6か月以内に佐世保市を被告として（市長が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合の取消訴訟は、その審査請求に対する判決の送達を受けた日から6か月以内に提起しなければなりません。

以上  
( 課)

様式第5号（第7条関係）



福祉医療費受給者証再交付申請書(障・乳幼・小中学生・母子・父子)

支給対象者	氏名	性別	
	生年月日	男・女	
再交付申請の理由 1 紛失 2 破損 3 その他 ( )			
上記により福祉医療費受給者証の再交付を申請します。  佐世保市長 様 年 月 日  住所 佐世保市 丁目 番地 号  届出者 氏名  TEL — —			

処理欄

受給者番号	再交付年月日	.	.
-------	--------	---	---

様式第6号（第8条関係）

福祉医療費支給申請書										
佐世保市長 様						<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                     受付印                 </div>				
別添領収書(医療機関等証明書)のとおり医療費を支払ったので福祉医療費の支給を申請します。										
年 月 日										
(申請者) 住所		佐世保市		町(丁目)		番 号				
氏名		Ⓜ (電話		— —		)				
受給者番号			保険証の 被保険者氏名							
診療を受けた 人の氏名	(フリガナ)		保険証の 記号・番号	記号		番号				
生年月日	. .		保険証 発行機関名	健	国	退	組	共	後	本人 家族
				保	保	職	合	済	期	

＜太枠内に記入をお願いします＞

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙と、医療機関等の領収書(患者名、点数、金額、診療日の判るもの)と一緒に提出してください。

レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の「医療機関等証明書」に病院・薬局等で支払金額の証明を受け提出してください。

高額説明	
------	--

計算欄(この欄は記入しないでください)

診療月	入外	医療機関	診療区分	入院初日	日数	点数	一部負担金
年 月	入 外		医 歯				
年 月	入 外		医 歯				
年 月	入 外		医 歯				
年 月	入 外		医 歯				
年 月	入 外		医 歯				
年 月	入 外		医 歯				



様式第6号の2（第8条関係）

佐世保市福祉医療取扱

医療機関等証明書(補助用紙)

患者氏名														
使用した健康保険 (○印をして下さい)		国保	健保	組合	共済	退職	後期	本人 家族						
診療月	区分	医・歯 の別	入院開始日	診療日数	診療点数	健康保険適用分の本人支払額								
					差額室料、健康診断、容器代等の自費及び入院中の食費(本人負担分)は含みません。									
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円								
上記のとおり領収したことを証明します。 ※医療機関の印の無いものや領収金額を訂正したものは無効です。														
年 月 日														
(医療機関)		所在地 名称												
開設者		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">印</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>												

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙は医療機関等で支払った金額を証明する用紙です。

この用紙は、「福祉医療費支給申請書」と一緒に市役所に提出してください。

医療機関等で領収書(患者名、点数、金額、診療日のわかるもの)が発行される場合、この用紙は不要です。

様式第6号の3 (第8条関係)

佐世保市福祉医療取扱

医療機関等証明書(補助用紙)

※入院にかかる支払証明は様式第6号の2をご使用ください。

患者氏名															
使用した健康保険 (○印をして下さい)	国保	健保	組合	共済	退職	後期	本人 家族								
診 療 日	医・歯の別	診 療 点 数		健康保険適用分の本人支払額											
		健康保険適用のものが対象となります。 健康診断、容器代等の自費含みません。													
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
年 月 日	医 科 歯 科	点		円											
上記のとおり領収したことを証明します。 ※医療機関の印の無いものや領収金額を訂正したものは無効です。															
年 月 日 (医療機関) 所在地 名称 開設者															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙は医療機関等で支払った金額を証明する用紙です。

この用紙は、「福祉医療費支給申請書」と一緒に市役所に提出してください。

医療機関等で領収書(患者名、点数、金額、診療日のわかるもの)が発行される場合、この用紙は不要です。

様式第7号 (第9条関係)



福祉医療受給資格認定事項異動届(障がい者)

受給者番号(右詰でご記入ください。)	対象者氏名	生年月日
年 月 日		

※ 以下は、変更があつた点のみご記入ください。

氏名・住所変更

		新住所・氏名・個人番号	旧住所・氏名
対象者	住所	町 番地 号 丁目	町 番地 号 丁目
	氏名/個人番号		
受給者	住所	町 番地 号 丁目	町 番地 号 丁目
	氏名/個人番号	続柄 ( )	続柄 ( )

振込口座変更

銀行・支店名	銀行 信用組合 農協 信用金庫	本店 店番 支店( )
種目・番号・名義人	預金種目 口座番号	名義人(カタカナで記入)

保険変更

記号番号・被保険者	記号	番号
被保険者氏名/個人番号		被保険者 住所
保険者の名称	1 全国健康保険協会 2 共済組合 3 健康保険組合 4 国民健康保険 5 後期高齢者医療	
保険者番号	右詰でご記入ください。	
資格取得年月日	年 月 日	

等級変更

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
級 → 級	級 → 級	級 → 級

上記のとおり異動しましたので届けます。

また、福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者の所得情報及び住民税課税情報並びに健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の乳幼児、小中学生及び母子・父子福祉医療費受給情報を佐世保市長が確認することに同意します。

佐世保市長様

年 月 日

届出者 住所 佐世保市 町 丁目 番地 号

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

〒 \_\_\_\_\_

被保険者 \_\_\_\_\_ (印)

入力	確認

本人確認  (個カバ免障療育精神受証保その他( ))  
代理人確認  (個カバ免障療育精神受証保その他( ))

様式第7号の2 (第9条関係)



福祉医療費受給資格認定事項異動届(乳幼・小中学生・母子・父子)

受給者番号(右詰でご記入ください。)	対象者氏名	生年月日(学年)
		年 月 日 ( )
		年 月 日 ( )
		年 月 日 ( )
		年 月 日 ( )

【住所・氏名変更】

変更区分	変更後	変更前
変更する お子様	住 所 町 丁目 番地 号	町 丁目 番地 号
	氏 名 (氏名/個人番号)	(氏名)
保 護 者	住 所 町 丁目 番地 号	町 丁目 番地 号
	氏 名 (氏名/個人番号)	(氏名)

【償還払いの振込口座変更】

振込 口座	銀行 信用組合 農 協 信用金庫	本店 店番 支店( )
	口座番号	名義人(カタカナで記入)

【保険変更】

加入 医療 保険	被保険者氏名	お子様との続柄 1 父 2 母 3 その他( )	個人番号 生年月日 年 月 日
	被保険者の住所	1 お子様と同じ 2 その他( )	
	保険者番号	記号	番号
	保険者名称	1 全国健康保険協会 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国民健康保険	資格取得年月日 年 月 日

上記のとおり異動しましたので届けます。あわせて、福祉医療費助成を受けている場合は下記の事項に同意します。

- 福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者の所得情報及び住民税課税情報並びに健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の乳幼児、小中学生、母子・父子及び障がい福祉医療費受給情報を佐世保市長が確認することに同意します。
- 福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の高額療養費、附加給付金その他の支給に関する情報を佐世保市長が保険者へ確認することに同意します。
- 市が乳幼児福祉医療費を現物給付した医療費について、保険者が規定する高額療養費や附加給付金等の対象となる場合、保険者への申請及び受領の権限を佐世保市長へ委任します。
- 申請により市が給付した医療費について、保険者が規定する高額療養費や附加給付金等を受領した場合、重複した医療費相当額を市へ返還します。

佐世保市長(受任者) 様 年 月 日

被保険者または  
国保世帯主(委任者) 住所 佐世保市

氏名 印 電話番号

※ 口座名義人が上記(委任者)と異なる場合は下記にご記入ください。

口座名義人保護者の 氏 名 印

【この同意書は、受給資格が喪失するまで有効です。】

入力	確認

修正済	未修整	不持参



様式第8号 (第11条関係)



福祉医療受給資格認定事項喪失届(障・乳幼・小中学生・母子・父子)

受給者番号(右詰でご記入ください。)	対象者氏名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

受給資格喪失理由	1 死亡	年 月 日
	2 市外転出	年 月 日
	3 生活保護受給	年 月 日
	4 保険資格喪失	年 月 日
	5 障害等級変更	年 月 日
	6 後期高齢者医療加入	年 月 日
	7 婚姻	年 月 日
	8 高校卒業	年 月 日
	9 その他 ( )	年 月 日

上記のとおり受給資格を喪失しましたので届出いたします。

佐世保市長

様

年 月 日

住 所

佐世保市

丁目  
町

番地

号

届出者  
氏 名

TEL

—

—

入力	確認

様式第9号 (第6条関係)

年度 福祉医療費受給資格更新申請書(母子・父子)

佐世保市長 様 福祉医療費受給資格の更新を申請いたします。  申請日現在において、生計を一にする家族(世帯員)は下記に記入した内容に相違ありません。  年 月 日  住 所 佐世保市 町(丁目) 番(地) 号  氏 名 <span style="float:right">Ⓜ</span> 連絡先電話番号 ( ) ー	受 給 者 番 号 _____
--	--------------------

支 給 対 象 者	受給者番号	氏 名	生 年 月 日	続柄	職業/学校学年
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		

上 記 以 外 の 同 居 家 族 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	続柄	備 考
		. .		
		. .		
		. .		
		. .		

保 険	記号	番号	被保険者氏名 /個人番号	
	資格取得 年月日	年 月 日	保険者の名称	

児 童 扶 養 手 当	該当するものにチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 現況届提出済/受けている <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 受けていない	公 的 年 金 受 給 状 況	該当するものにチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 受給中 ( 年金) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 年金) <input type="checkbox"/> 支給停止中 ( 年金) <input type="checkbox"/> 受けていない

添付書類

在学		所得		判定	
----	--	----	--	----	--

※ 裏面の同意書も、必ずご記入ください。

# 同 意 書

私、私と生計を同じくする扶養義務者（民法第877条第1項に定める扶養者）及び私が加入する健康保険の被保険者は、母子及び父子福祉医療費受給資格認定・受給に関する住民税の課税状況並びに佐世保市福祉医療費の受給資格情報及び受給情報について、市長が調査することに同意します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

扶養義務者及び被保険者氏名（申請者との関係）	
	( ) 印
	( ) 印
	( ) 印
	( ) 印
	( ) 印
	( ) 印

- ※ この同意書は、新年度の更新申請書を提出されるまでの間有効になります。
- ※ 同意をいただいている扶養義務者及び被保険者以外の者と生計同一の関係が発生した場合は、別途同意書を提出していただきます。
- ※ この同意書は、同一生計内の受給者及び受給資格者全員に適用します。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険の資格及び高額療養費支給情報、生活保護受給資格情報、児童扶養手当受給資格及び支給情報を取得します。

様式第10号 (第6条関係)



年度福祉医療費受給資格更新申請書(障がい者)

佐世保市長 様				
福祉医療費受給資格の更新を申請いたします。				
申請日現在において、生計を一にする家族(世帯員)は下記に記入した内容に相違ありません。				
年 月 日				
住 所 佐世保市 町(丁目) 番(地) 号				
氏 名 (印)				
連絡先電話番号 ( ) -				
受給者番号	支給対象者氏名	生年月日	性別	勤務先または学校施設名等

世帯状況について	氏 名	生年月日	続柄	職業/学校	備考
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			

医療保険	被保険者氏名/ 個人番号		住 所	
	保 険 種 別	健保・共済・組合・船員・国保・退職・後期	被保険者証 の記号番号	

身体障害者手帳		療育手帳	
---------	--	------	--

判定	パソコン	転入

裏面の同意書にもご記入ください

裏面

障がい者福祉医療費

同 意 書

私、私と生計を同じくする扶養義務者（民法第877条第1項に定める扶養者）及び私が加入する健康保険の被保険者は、私が福祉医療費を受ける期間において住民税の課税状況並びに佐世保市福祉医療費の受給資格情報及び受給情報について、市長が調査することに同意します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

申請者と生計を同一にする者及び被保険者(申請者との関係)	
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )
	印 ( )

※ 以後生計を同一にする者及び被保険者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の資格・高額療養費支給・高額介護合算療養費支給情報、生活保護受給資格情報、身体障害者手帳情報を取得します。

様式第11号 (第10条関係)





同 意 書

私、私と生計を同じくする扶養義務者（民法第877条第1項に定める扶養者）及び私が加入する健康保険の被保険者は、私が福祉医療費を受ける期間において住民税の課税状況並びに佐世保市福祉医療費の受給資格情報及び受給情報について、市長が調査することに同意します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

受給者番号 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

申請者と生計を同一にする者及び被保険者（申請者との関係）	個人番号
印 ( )	
印 ( )	
印 ( )	
印 ( )	
印 ( )	
印 ( )	
印 ( )	

※ 以後生計を同一にする者及び被保険者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の資格・高額療養費支給・高額介護合算療養費支給情報、生活保護受給資格情報、身体障害者手帳情報を取得します。

本人確認  (個カ パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他( ))

代理人確認  (個カ パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他( ))