名取市ウクライナ避難民に対する医療費助成金 給付申請書

（様式１）

（あて先）名取市長 山田 司郎 あて

申請日 年 月 日

名取市ウクライナ避難民に対する医療費助成金について、裏面に記載の【誓約・同意事項】をすべて確認しました。全事項に誓約・同意の上、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１ 申請者（２の給付対象者が１８歳未満などの場合は法定代理人、それ以外の場合は給付対象者本人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （フ リ ガ ナ） 氏 名 |  | 生 年 月 日 |
|  |  年 月 日 |
| 住 所 （ 居 所 ） | 連絡先電話番号 |
| 名取市  |  |

２ 給付対象者（いずれかの**□**にチェックしてください）

　　　　**□**申請者と同じ（枠内は記入不要）

　　　　**□**申請者と異なる（枠内に記入してください）

【給付対象者】次の①、②、③ の全てに当てはまる方が対象です。

① 日本政府が認定したウクライナ避難民である方

② 次の A、B のいずれかに当てはまる方

A：名取市の住民基本台帳に記載されている方

B：短期滞在の在留資格の方で、名取市の職員が居住実態を確認できた方

　 ③　次のC、D のいずれにも当てはまらない方

C：他の地方公共団体及び法人等によるウクライナ避難民の医療費の助成を目的とする金銭の給付等を受

けている方

D：「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」（昭和29年5月8日付社発第382号厚生省社

会局長通知）に基づき生活保護に準ずる措置を受けている方

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付対象者 | （フ リ ガ ナ） 氏 名 |  | 生 年 月 日 |
|  |  年 月 日 |
| 住 所 （ 居 所 ） |
|  |
| 健康保険種別 | □ 国民健康保険・後期高齢者医療制度 | □ その他の健康保険 | □　未加入 |

３ 申請内容（給付額は審査の結果決定されるため、支払額と一致するとは限りません）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 診療年月日 | 保険医療機関等の名称 | 区　分 | 支払額 |
| 1 | 年 　 月 　 日 |  | 通院・調剤・往診入院・訪問介護・補装具 |  |
| 2 | 年 　 月 　 日 |  | 通院・調剤・往診入院・訪問介護・補装具 |  |
| 3 | 年 　 月 　 日 |  | 通院・調剤・往診入院・訪問介護・補装具 |  |
| 4 | 年 　 月 　 日 |  | 通院・調剤・往診入院・訪問介護・補装具 |  |
| 5 | 年 　 月 　 日 |  | 通院・調剤・往診入院・訪問介護・補装具 |  |

※支払額のうち、高額療養費や公費による給付を受けることができる額は対象となりません。

必ず裏面も確認・記入してください

４ 助成金の受給方法（いずれかの**□**にチェックしてください）

* 日本国内の金融機関への口座振込を希望します（請求者名義または代理人名義の口座）
* 現金での受給を希望します（日本国内の金融機関に口座がない場合など）

５ 申請回数（いずれかの**□**にチェックしてください）

* 初回の申請です　→　６、７両方の書類を添付してください。
* ２回目以降の申請です　→ ７の書類のみ添付してください（ただし、以前提出した６の書類の

記載事項に変更がある場合は、その書類も添付してください）

６ 初回申請時提出書類

＜原則全員提出するもの＞

* 給付対象者の「在留カード（両面）」または「パスポート」のコピー

※パスポートの場合は以下の面すべてのコピーをとる。

　・旅券面（旅券番号、顔写真、氏名、生年月日、性別、国籍等が記載された見開き面）

　・日本国査証（ビザ情報が記載されたシール面）及び証印（上陸許可の表示があるシール面）

　・日本入国日及びウクライナ出国日がわかる面（空港のスタンプ面）

* 給付対象者のウクライナ避難民であることの証明書

※まだ受け取っていない場合は名取市から出入国在留管理庁に確認するため不要です。

　＜名取市に住民登録している場合＞

* 給付対象者の住民票の写しのコピー（記載情報の省略のないもの（個人番号、住民票コードを除く））

※国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入している場合は不要です。

＜名取市に居住しているが、まだ在留資格が「短期滞在」の場合＞

* （様式２）居所申告書

＜健康保険に加入している場合＞

* 被保険（扶養）者証等のコピー
* 限度額適用認定証等のコピー

※ただし、申請書１枚あたりの支払額の合計が次の額に満たない場合は添付不要です。

　　　　　　　・保険加入者が７０歳以上の場合：８，０００円　・保険加入者が７０歳未満の場合：３５，４００円

＜申請者が給付対象者と異なる場合＞

* 申請者が給付対象者の法定代理人であることがわかる書類及び申請者の写真付き公的身分証明書

７ 毎回提出書類

以下の書類のほか、名取市から給付決定を受けた後に請求書等の提出が必要です

＜原則全員提出するもの＞

* 保険医療機関等が発行した保険診療に係る保険点数（金額）の記載のある領収書等（原本）

※３に記入した申請内容に係るものすべてが必要です。

※保険にまだ加入しておらず、全額自己負担した場合や治療装具を作った場合などに必要な提出書類に

ついては名取市保険年金課（電話：022-724-7104）に確認してください。

【誓約・同意事項】（すべての事項について誓約・同意する場合は**□**にチェックする）

* 下記すべての事項に誓約・同意の上、本助成金の給付を申請します。
* 表面２に記載の本助成金の給付対象者の要件すべてに該当します。
* 本申請書に記入した支払額について、高額療養費や公費による給付が行われる場合には、当該給付を受けることができる限度において、本助成金は給付されないことを理解しています。
* 本申請書に記入した支払額について、食事療養、入院時生活療養、高度の医療技術を用いた療養、特別の病室の提供等に係る給付については、本助成金の対象とならないことを理解しています。
* 本助成金の該当性について審査するため、名取市が給付対象者の住民基本台帳情報、在留情報、医療保険情報、医療助成制度の受給状況等の公簿の確認を行うことや、必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。
* 公簿等で確認できない場合は、名取市からの求めに応じ関係書類の提出を行うことに同意します。
* 本助成金を申請した事実について、名取市が公表する申請人数に含めることに同意します。（氏名や住所等の公表は行いません）
* 本申請書等に不備があった場合、または名取市が給付決定をした後に請求書等の不備による振込不能等の事由により給付が完了しなかった場合において、名取市が指定する期日までに申請者の責に帰すべき事由により不備の補正に至らなかった場合は、本助成金が給付されないことに同意します。
* 本助成金の給付後、本申請書等の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合、または申請した支払額に係る高額療養費等を本助成金と重複して受給したことが判明した場合には、本助成金の全部または一部を返還します。なお、返還時に必要となる市が指定する口座への振込手数料等の費用を負担することに同意します。
* 本助成金の給付を受ける権利は、譲り渡し、または担保に供してはならないことを理解しています。