

福祉医療費受給者証交付・更新申請書 (高齢重度障害者)

年 月 日

○申請に必要なもの

《情報連携希望しない場合》

- ・加入保険情報がわかるもの
- ・所得課税証明書

住所 赤穂市加里屋81番地

《情報連携希望する場合》 **※同意者は自署**

- ・同意者全員の本人確認書類
- ・同意者全員の個人番号のわかるもの
- ・地方税関係情報の取得に関する同意書 (扶養義務者欄が足りない場合等)

申請者 氏名 赤穂 一郎

電話 0791 (43) 6820

《共通》

- ・障害者手帳
- ・窓口に来られる人の本人確認書類

更新) を申請します。

本人、配偶者、扶養義務者の所得情報など関係公簿を調査 (個人承諾) します。また、福祉医療費の支給において、公費で現物り高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費などに対応するため、加入する後期高齢者医療広域連合から報告等を得ること、また必要な際に当申請書を加入する後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

人給負後

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、提出の省略を希望する者は各同意者欄に本人の自署が必要です。

(同意者)	個人番号	○○○○ □□□□ ○○○○ □□□□		
	居住地 (住所)	赤穂市加里屋81番地		
	フリガナ	アコウ タロウ		
	氏名	赤穂 太郎		
	生年月日	昭和○○年○月○日	※市町村民税所得割税額	円
(配偶者)	個人番号			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ		
	氏名	赤穂 花子	※市町村民税所得割税額	円
(扶養義務者)	個人番号	○○○○ □□□□ ○○○○ □□□□		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ		
	氏名	赤穂 一郎	※市町村民税所得割税額	円
他公費の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	公費の種類	難病法に基づく特定医療
受給者証交付 (更新) 申請事由		1 条例第2条第14号に新たに該当するようになったため 2 転入してきたため ③ 所得要件に該当するようになったため 4 その他 ()		
交付事由発生日		令和△年△月△日 (年齢到達日や転入日等)		
加入医療保険	保険者の名称	(○○県) 後期高齢者医療広域連合	保険者番号	□□□□□□□□
	被保険者番号	○○○○○○○○	資格取得年月日	令和○年○月○日
	被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ		受給者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 本人
※審査		認定 ・ 却下	※受給有無	有 ・ 無
※受給者番号			※法別番号	※所得区分

情報連携を希望する場合は、各個人番号欄をご記入ください。
 1月1日時点で市外在住の人は、住所欄にわかるように現在の住所と併記をお願いします。
 扶養義務者の欄が足りない場合は“地方税関係情報の取得に関する同意書”をご使用ください。

「自立支援医療」や「難病法に基づく特定医療」など公費による医療費助成を受給されている場合はご記入ください

※印の欄は記入しないでください。

※□本人確認 (□うち内容によるもの)

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。