

記入例

様式第1号（第2条関係）

【法別番号：58・59・68・69】

医療費助成申請書（高齢障害者）

加古川市長様

申請者（障害者手帳の所持者）、配偶者の氏名・フリガナ・生年月日・電話番号・住所・今年と前年1月1日の住所・個人番号を記入

加入医療保険の添付書類については、申請者（障害者手帳の所持者）の資格確認書またはマイナポータルの健康保険情報画面の写しを裏面に添付

昭和20年1月1日生

079 - 421 - 2000

加古川 太郎

加入医療保険障害者手帳

添付のとおり（裏面に写しを添付）

加古川市 加古川町北在家2000番地

今年1月1日の住所

都道府県

市区町村

前年1月1日の住所

左記に同じ

左記以外

兵庫

都道府県

神戸

市区町村

個人番号

1234

5678

9012

同意者（配偶者）

氏名

（フリガナ）

加古川 花子

住所

対象者に同じ

続柄

妻

今年1月1日の住所

都道府県

市区町村

前年1月1日の住所

左記に同じ

左記以外

兵庫

都道府県

神戸

市区町村

個人番号

9876

5432

1098

※同一世帯に直系血族及び兄弟姉妹がいる場合や、税で対象者を扶養している方がいる場合は、以下に記入してください。

同意者（扶養）

氏名

（フリガナ）

加古川 次郎

住所

対象者に同じ

続柄

子

今年1月1日の住所

都道府県

市区町村

前年1月1日の住所

左記に同じ

左記以外

兵庫

都道府県

神戸

市区町村

個人番号

4567

【個人番号について】

申請者の番号確認と本人確認を行いますので、以下の書類をご提示ください。郵送の場合は、書類の写しを申請書の裏面に貼り付けてください。

1 マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの方

マイナンバーカードの表面及び裏面の写し

2 マイナンバーカードをお持ちでない方

①番号確認書類、②本人確認書類の写し

①番号確認書類

通知カード、住民票等

②本人確認書類

(1)か(2)のいずれか

(1)写真付きの証明書（1点）

運転免許証、障害者手帳、パスポート等

(2)写真なしの証明書（2点）

健康保険の資格確認書、年金手帳、介護保険受給者証等

扶養義務者※がいる場合は氏名・フリガナ・生年月日・住所・続柄・今年と前年1月1日の住所・個人番号を記入

※扶養義務者とは、本人と同一世帯の直系血族および兄弟姉妹のことです。なお、税や健康保険等で扶養関係にある場合は、別世帯でも扶養義務者に含みます。

扶養義務者の数が記入欄より多い場合は、

住所と異なる自治体で住民税が課税され

町村を記載してください。