

記入例

【法別番号：82・83・43・44】

医療費助成申請書（障害者）

申請者（障害者手帳の所持者）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

申請者	氏名	加古川 太郎		加入医療保険	添付のとおり (裏面に写しを添付)	
兼	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
同意者	今年1月1日の住所	☒ 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	☒ 左記に同じ
		☐ 加古川市外 →	都道府県	市区町村	☒ 左記以外 →	兵庫 都道府県 神戸 (市) 区 町 村
	個人番号	1234 — 5678 — 9012				
加古川市の国民健康保険に加入の場合は、以下に 当事業において、公費負担した額のうち、世帯合 また、加古川市が保険者から被保険者情報及び給付情報等を得るに 世帯主名 加古川 太郎						

※対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となるため、二重枠線内に保護者が記入してください。

保護者	氏名	(フリガナ) カコガワ ハナコ		住所	対象者に同じ	
	★	昭和55 年 1 月 1 日生		個人番号	9876 — 5432 — 1098	
	今年1月1日の住所	☒ 加古川市	都道府県	市区町村	続柄 妻	
		☐ 加古川市外 →	都道府県	市区町村		

申請者（障害者手帳の所持者）が18歳未満の場合は、保護者が申請者となるため、二重枠線内に保護者の氏名・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

同意者(配偶者)	氏名	(フリガナ) カコガワ ハナコ		住所	対象者に同じ	
	★	昭和55 年 1 月 1 日生		個人番号	9876 — 5432 — 1098	
	今年1月1日の住所	☒ 加古川市	都道府県	市区町村	続柄 妻	
		☐ 加古川市外 →	都道府県	市区町村		

※同一世帯に直系血族及び兄弟姉妹がいる場合は

同意者	氏名	(フリガナ) カコガワ ジロウ		住所	対象者に同じ	
	★	平成20 年 1 月 1 日生		個人番号	9876 — 5432 — 1098	
	今年1月1日の住所	☒ 加古川市	都道府県	市区町村	続柄 妻	
		☐ 加古川市外 →	都道府県	市区町村		

配偶者、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まれます。

【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

※マイナ保険証で申請をする方は、保険情報を記入してください。（太枠内は必須）

保険情報	被保険者	☒ 申請者に同じ ☐ 保護者に同じ ☐ 配偶者に同じ ☐ その他		保険者名称	加古川市国民健康保険	
	資格取得日	年 月 日	センター等受付印	番号	担当課受付印	入力
★・所得情報の調査について 同意者自らが署名を ・扶養義務者の数が記入欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。 ・住所と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記載してください。				資格確認書等の健康保険情報の写しをご用意できず、マイナ保険証で申請する場合は、保険情報欄を記入してください。		確認