

# 記入例

【法別番号：41】

## 医療費助成申請書（高齢期移行）

年 月 日

申請者の  
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

含む。)に関して、世帯状況や本人及び世帯員の所得状況を調査(個人番号制度による情報連携によ  
意し、加古川市医療の助成に関する条例第5条の規定により、医療費の助成を申請します。

		受給者番号								
申請者	氏名	加古川 太郎			電話番号	079 - 421 - 2000				
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地			加入医療保険	添付のとおり (裏面に写しを添付)				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 →	兵庫	都道府県	神戸
	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、以下に世帯主名を記入してください。 当事業において、公費負担した額のうち、国民健康保険に加入の場合、世帯主を記入してください。										
世帯主名 加古川 太郎										

世帯員	氏名	加古川 花子			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ				続柄	妻
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 →	兵庫	都道府県	神戸	
	個人番号	9876 - 5432		- 1098							

世帯員全員の  
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

【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、下記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。

- 申請者の番号確認書類  
個人番号カード、通知カード等
- 申請者の本人確認書類  
(個人番号カード以外で番号確認する場合)  
(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、旅券等  
(2)写真なしの証明書(2点)  
健康保険証、国民年金手帳等

含む	氏名				住所	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ				続柄	
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外 →		兵庫	都道府県	神戸
	個人番号										
兼同意者	氏名				住所	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ				続柄	
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外 →		兵庫	都道府県	神戸
	個人番号										

※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	加古川市国民健康保険			保険者名称	加古川市国民健康保険			
	資格取得日				記号		番号		
★	所得情報の調 る場合は、同 ・世帯員の数 が だ さい。 ・住所 地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。								入力
	保険証・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