

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)

年 月 日

申請者、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

) に関して、世帯状況や本人、配偶者及び扶養義務者の所得状況を調査 (個人番号制度による情報連携による
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。
うち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を加古川市に委任します。また、加
給付情報等を得ること及び必要な際に受給者の情報を保険者に提供することに同意します。

受給者番号

申請者 兼 同意者	対象者	氏名	加古川 太郎		電話番号	079 - 421 - 2000	
		★	昭和20年 1月 1日生		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)	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	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 (市) 区町村
	個人番号	1234 - 5678 - 9012					
同意者 (配偶者)	氏名	(フリガナ) カコガワ ハナコ	加古川 花子		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ 続柄 妻	
	★	昭和25年 1月 1日生					
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	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 (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	氏名	(フリガナ) カコガワ ジロウ	加古川 次郎		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ 続柄 子	
	★	年 月 日生					
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	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 (市) 区町村	
	個人番号	4567 - 8901 - 2345					
扶養義務者	氏名	(フリガナ)			住所	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ 続柄	
	★	年 月 日生					
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都道府県	市区町村			
	個人番号						
★	扶養義務者の氏名・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					付印	入力
	・所得情報の調査について、個人番号制度 る場合は、同意者自らが署名を行って ・扶養義務者の数が記入欄より多い場合は てください。 ・住所地と異なる自治体で住民税が課税さ 町村を記載してください。						確認
【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。							
1 申請者の番号確認書類 個人番号カード、通知カード等							
2 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							