

記入例

【法別番号：82・83・43・44】

医療費助成申請書（障害者）

年 月 日

申請者（障害者手帳の所有者）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

申請者（障害者手帳の所有者）の健康保険証、障害者手帳の写しを裏面に添付

調査（個人番号制度による情報連携によるもの）を申請します。

申請者	氏名	加古川 太郎		加入医療保険	添付のとおり	
	★	昭和50年 1月 1日 生		障害者手帳	(裏面に写しを添付)	
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	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"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 (市) 区 町 村
同意者	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、以下に記入してください。
国民健康保険に加入の場合、世帯主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、世帯主が負担する額を、申請書に提出することになります。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ことになり、実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。

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)	
	★	年 月 日	
同意者	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市	都道府県
		<input type="checkbox"/> 加古川市外 →	

申請者（障害者手帳の所有者）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	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ	続柄
	★	加古川 花子				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"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 (市) 区 町 村
		<input type="checkbox"/> 加古川市外 →				
	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は

同意者	氏名	(フリガナ) カコガワ ジロウ		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ	続柄
	★	加古川 次郎				
	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"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 (市) 区 町 村
		<input type="checkbox"/> 加古川市外 →				
	個人番号	平成20年				

【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。

- 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
- 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身元確認書類の写し
①番号確認書類
通知カード、住民票等
②身元確認書類
(1)か(2)のいずれか
(1)写真付きの証明書（1点）

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。

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 保護者に同じ <input type="checkbox"/> 配偶者に同じ <input type="checkbox"/> 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		記号	番号	
				センター等受付印	担当課受付印	入力
<p>★ 所得情報の調査について同意者自らが署名を捺印し、扶養義務者の数が記入されていることをご確認ください。</p> <p>・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。</p>						確認

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。