

# 医療費助成申請書 (高齢期移行)

加古川市長 様

年 月 日

医療費助成の受給認定(更新を含む。)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るものを含む。)することに同意し、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。

※太枠内を記入してください

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者	対象者	氏名	(フリガナ)				電話番号	- -		
	兼	住所	加古川市							
	同意者	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"/> 左記に同じ	都道府県	市区町村	
	個人番号	-								

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、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、その申請及び受領を加古川市に委任します。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。

世帯主名	
------	--

世帯員(世帯主を含む)兼同意者	氏名	(フリガナ)				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"/> 左記に同じ	都道府県	市区町村		
	個人番号	-								
	氏名	(フリガナ)				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"/> 左記に同じ	都道府県	市区町村			
個人番号	-									
氏名	(フリガナ)				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"/> 左記に同じ	都道府県	市区町村			
個人番号	-									
氏名	(フリガナ)				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"/> 左記に同じ	都道府県	市区町村			
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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			保険者名称	<input type="checkbox"/> 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	担当課受付印	入力	
★・所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望される場合は、同意者自らが署名を行ってください。 ・世帯員の数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。								確認

事務処理欄	申請事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 他医療より <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> その他(・世帯異動・所得更正・要介護認定)			添付状況	<input type="checkbox"/> 健康保険情報 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他( )		
	資格始期	年	月	日	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )		
	資格終期	年	月	日	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( )		
	発効期日	年	月	日	備考			
判定結果	<input type="checkbox"/> 区分I <input type="checkbox"/> 区分II <input type="checkbox"/> 非該当 ( / )				対象者コード			

貼り付け欄（対象者の健康保険情報の確認ができるもののコピーを貼り付けてください）

## 健康保険情報

### 以下事務処理欄

課税状況	対象者	世帯員	世帯員	世帯員	世帯員
コード					
課税区分					
所得判定					
区分Ⅰ：世帯員全員の所得が0円（年金収入は80万円以下）					
区分Ⅱ：対象者の年金収入を加えた所得が80万円以下					
年金収入	①	②	③	④	⑤
合計所得金額 (年金所得除く)	①	②	③	④	⑤
年金収入 + 合計所得金額 (年金所得除く)	①	②	③	④	⑤