

医療費助成申請書（高齢障害者）

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、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。
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。

※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	— —										
			★ 年 月 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)						
	兼同意者	住所	加古川市																					
		今年1月1日の住所	☐ 加古川市 都道府県 市区町村					☐ 加古川市外 → 都道府県 市区町村					前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村					☐ 左記以外 → 都道府県 市区町村					
		個人番号	— —																					
同意者(配偶者)	氏名	(フリガナ)										住所	☐ 対象者に同じ										続柄	
		★ 年 月 日生																						
	今年1月1日の住所	☐ 加古川市 都道府県 市区町村					☐ 加古川市外 → 都道府県 市区町村					前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村					☐ 左記以外 → 都道府県 市区町村						
	個人番号	— —																						

※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(扶養義務者)	氏名	(フリガナ)										住所	☐ 対象者に同じ										続柄					
		★ 年 月 日生																										
	今年1月1日の住所	☐ 加古川市 都道府県 市区町村					☐ 加古川市外 → 都道府県 市区町村					前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村					☐ 左記以外 → 都道府県 市区町村										
	個人番号	— —																										
	氏名	(フリガナ)										住所	☐ 対象者に同じ										続柄					
		★ 年 月 日生																										
	今年1月1日の住所	☐ 加古川市 都道府県 市区町村					☐ 加古川市外 → 都道府県 市区町村					前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村					☐ 左記以外 → 都道府県 市区町村										
	個人番号	— —																										
	氏名	(フリガナ)										住所	☐ 対象者に同じ										続柄					
		★ 年 月 日生																										
今年1月1日の住所	☐ 加古川市 都道府県 市区町村					☐ 加古川市外 → 都道府県 市区町村					前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村					☐ 左記以外 → 都道府県 市区町村											
個人番号	— —																											
★	・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。 ・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。															センター等受付印	担当課受付印										入力	
																										確認		
																										事務処理欄	申請事由	☐ 手帳交付 ☐ 診断書 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 生保廃止 ☐ 他医療 ☐ 年齢到達 ☐ 未申請 ☐ その他(・終期延長・法別変更)
添付状況	☐ 健康保険情報 ☐ 障害者手帳 ☐ 診断書 ☐ 同意書 ☐ その他()																											
障害状況	手帳種別	身・精・療(級・判定)										本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他()															
	次期判定年月	年 月 日										番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他()															
資格始期	年 月 日										備考	☐ 3級心臓該当 ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金																
資格終期	年 月 日										対象者コード																	
証発効期日	年 月 日																											

貼り付け欄(対象者の健康保険情報の確認ができるもの、障害者手帳の表面のコピーを貼り付けてください)

健康保険情報

障害者手帳

以下事務処理欄

所 得 状 況	対 象 者	配 偶 者／ 扶 養 義 務 者	扶 養 義 務 者	扶 養 義 務 者	扶 養 義 務 者
コ ー ド	①	②	③	④	⑤
所 得 判 定 基 準 額					
＜判定基準＞ 所得判定基準額の合計が23万5千円未満					
世 帯 合 算 額					
＜低所得判定基準＞ 年金収入を加えた所得が80万9千円以下					
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