記入例

【法別番号 ： 82・83・43・44】

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

医療費助成申請書（障害者）

年　月　日

。）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。

受給者番号							

申請者	対象者兼同意者	氏名★	ナ） カコガワ タロウ 加古川 太郎 昭和50 年 1 月 1 日生	電話番号	079 — 421 — 2000
				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）
		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	☑加古川市 ☐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 ☑左記以外 → 兵庫 都道府(県) 神戸 (市)区町村
		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

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 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と 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

配偶者、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

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。

		年 月 日生	住所	☐対象者に同じ	続柄
			個人番号	— —	
		→ 都道府県 市区町村	前年1月1日の住所	☐左記に同じ ☐左記以外 → 都道府県 市区町村	

同意者（配偶者）	氏名★	ナ） カコガワ ハナコ 加古川 花子 昭和55 年 1 月 1 日生	住所	☑対象者に同じ	続柄 妻
			個人番号	9876 — 5432 — 1098	
	今年1月1日の住所	☑加古川市 ☐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 ☑左記以外 → 兵庫 都道府(県) 神戸 (市)区町村	

※同一世帯に直系血族及び兄弟姉妹がいる場合や、税及び健康保険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） カコガワ ジロウ 加古川 次郎 平成20 年 1 月 1 日生	住所	☑対象者に同じ	続柄 子
			個人番号	4567 — 8901 — 2345	
	今年1月1日の住所	☑加古川市 ☐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 ☐左記以外 → 兵庫 都道府(県) 神戸 (市)区町村	
	氏名★	（フリガナ）			続柄
				—	
	今年1月1日の住所	☐加古川市 ☐加古川市外 → 都道府県 市区町村			
	氏名★	（フリガナ）			続柄
				—	
	今年1月1日の住所	☐加古川市 ☐加古川市外 → 都道府県 市区町村			

【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

★
・所得情報の調査について、個人番号制度
　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
・住所地と異なる自治体で住民税が課税さ
　ください。

課受付印	入力
	確認