

医療費助成申請書（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。

※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	添付または保険情報欄のとおり（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				前年1月1日の住所	☐ 左記に同じ 都道府県 市区町村				
		☐ 加古川市外 →				☐ 左記以外 →						
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												

※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	申請者兼同意者	氏名★	(フリガナ)				住所	☐ 対象者に同じ				続柄
			年 月 日生					個人番号 — —				
			今年1月1日の住所	☐ 加古川市 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			

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					個人番号 — —				
		今年1月1日の住所	☐ 加古川市 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			

※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)				住所	☐ 対象者に同じ				続柄
		年 月 日生					個人番号 — —				
		今年1月1日の住所	☐ 加古川市 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			
	氏名★	(フリガナ)				住所	☐ 対象者に同じ				続柄
		年 月 日生					個人番号 — —				
		今年1月1日の住所	☐ 加古川市 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			
	氏名★	(フリガナ)				住所	☐ 対象者に同じ				続柄
		年 月 日生					個人番号 — —				
		今年1月1日の住所	☐ 加古川市 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			

※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	☐ 申請者に同じ ☐ 保護者に同じ ☐ 配偶者に同じ ☐ その他				保険者名称 ☐ 加古川市国民健康保険				
						記号		番号		
	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。 ・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。										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）				判定結果	☐ 一般 ☐ 低所得 ☐ 非該当（ / ）				
						添付状況	☐ 健康保険情報 ☐ 障害者手帳 ☐ 診断書 ☐ 同意書 ☐ その他（ ）				
						本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他（ ）				
	障害状況	手帳種別	身・精・療（ 級・判定）				番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他（ ）			
	次期判定年月	年 月 日				備考	☐ 3級心臓該当 ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金				
	資格期間	年 月 日～ 年 月 日									
証発効期日		年 月 日				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、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