

重度障害者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

神戸市重度障害者医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。
なお、受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、調査対象者の地方税情報、加入医療保険の資格、その他の情報を調査（マイナンバー制度による情報連携（税情報は含まない）によるものを含む。）することについて同意します。また、神戸市重度障害者医療費助成に関する条例施行規則第10条に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会することに同意します。

住所： _____

申請者 _____ 電話 _____
※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話番号等）を記入してください。

氏名： _____
(注) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。

神戸市 区長 宛

受給者	フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		男・女		
	住所	〒 -		電話番号	
配偶者	フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			電話番号	
	住所				
保護者 (扶養義務者)	フリガナ		続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			電話番号	
	住所				
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり 健康保険証のコピー または 【別紙】 健康保険情報を添付してください。				

身障手帳	交付日 . .	級	肢(上肢・下肢・体幹)・視・聴・平衡・言内(心・腎・呼・勝・直・小・免疫・肝臓)	障害種別	
知的障害	判定日 . .	重度	1 療育手帳 2 判定書 3 診断書	障害程度	別表 号に該当
精神障害	交付日 . .	1級	精神障害者保健福祉手帳	有効期限 . .	

【事務処理欄】 資格取得年月日 (. .) 異動コード ()

申請の事由	事由発生年月日	平成・令和 年 月 日	公開の状況 公開 部分公開 非公開			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の交付 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止	<input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入() <input type="checkbox"/> 前年所得が制限額以下 <input type="checkbox"/> その他()				
資格審査	. .	1. 認定 2. 却下()	情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年			
決裁	課長	担当係長	係	公簿確認	住民票 所得 保険資格 異動入力 証作成	受給者番号