

神戸市高齢重度障害者医療費助成資格認定申請書

緑
枠
内
は
記
入
し
な
い
で
く
だ
さ
い。

受給者番号						資格取得 年 月 日		平成	年		月		日		取得 コード							
後期高齢 被保険者番号						資格取得 年 月 日		平成	年		月		日		取得事由							
対 象 者 名 氏						(大・昭 年 月 日生)						住所	〒 (TEL - -)									
配 偶 者 名 氏						(大・昭・平 年 月 日生)						住所	〒 (TEL - -)									
扶養義務者 氏 名						(大・昭・平 年 月 日生)						住所	〒 (TEL - -)									
振込先銀行口座	銀行コード				支店コード				1	2	4	口座番号										
	銀行・信金 信組・農協						支店 出張所		1	2	4											
	名義人		フリガナ									続柄										
通知先住所	〒 (方書) 様方 (TEL - -)																					
障 害 の 状 況	身体障害者手帳 級 ； 交付年月日 年 月 日																					
	障害区分：肢体，視覚，聴覚，言語，内部 （該当するものに○印をしてください。）																					
	療育手帳（知的障害重度・中度） 判定年月日 年 月 日																					
	次回判定 年 月 日																					
精神障害者保健福祉手帳 1級	交付年月日 年 月 日																					
	有効期限 年 月 日																					
他法関係	結核・原爆・精神保健・自立支援・その他												法別番号									
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、調査対象者の加入医療保険の資格、障がい者手帳の等級及び程度、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。 また当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、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、その受領を公費負担者である貴市に委任します。 上記のことなどに対応するため、都道府県後期高齢者医療広域連合から私の後期高齢者医療に係る被保険者情報及び給付情報を得ること、また当申請書を都道府県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請人 氏名 神戸市 区長 宛																						

(注) この申請書は、本人またはその代理人が記入するものです。

申請の際は、後期高齢者医療の被保険者証のコピーまたは【別紙】健康保険情報を添付してください。

決 裁 欄	令和 年 月 日 決定・却下			区間転入者の旧区受給者番号											
	課長	担当係長	係	障害 確認			資格 確認			公開の状況					
										(公開) (部分公開) (非公開)					
										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					