

高齡期移行者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

神戸市高齡期移行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、神戸市高齡期移行者医療費助成に関する条例施行規則第9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。

（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。

太 枠 内 を ご 記 入 く だ さ い。

神戸市 区長 宛

申 請 者 (受給者)	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	神戸市			
	生年月日	昭和 年 月 日	電話 番号	— — ※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください。	
加入医療 保 険	☐ 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。				
身障手帳等 の 有 無	☐ 有 ☐ 無	有の場合	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の 等級が確認できる部分のコピーを添付してください。		

【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	令和 年 月 日			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	
	☐ 65歳に到達 ☐ 他の市（区）町村からの転入（ ） ☐ 医療保険加入資格の取得 ☐ 前年所得が制限額以下 ☐ 生活保護の停（廃）止 ☐ その他（ ）					
	要介護度 ※区分Ⅱのみ	要介護度		有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
資格審査	. .			1. 認定 2. 却下（ ）		
決裁	課長	担当係長	係	公募 確認	住民票 所得 保険 資格 異動 入力 証作成 受給者番号	