

高齢期移行者医療費助成資格認定申請をされる方へ

1. 申請に必要なもの（下記を封筒に入れて郵送してください。）

- ☐ **高齢期移行者医療費助成資格認定申請書**
- ☐ **健康保険証のコピー（または【別紙】健康保険情報）**
- ☐ 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ページのコピー
（手帳をお持ちの場合のみ）
- ☐ 所得・課税証明書
（本人もしくは同一世帯の方が、1月2日以降に転入された場合）

2. 郵送先

お住まいの区の区役所保険年金医療課介護医療係

北須磨地区にお住まいの方は北須磨支所市民課介護医療係

3. 郵送による資格認定申請についての注意

- ・審査の結果、受給要件を満たす方には受給者証を、受給要件を満たさない方には、却下通知を送付します。
- ・資格認定申請書の記載内容に不備等がある場合、申請書の受付が出来ない場合がありますので、必ず日中連絡のつく電話番号を記載いただきますようお願いいたします。

高齢期移行者医療費助成資格認定申請書の書き方

- ・ **ボールペン**でお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で囲っている部分を記入してください。
- ・ **健康保険証のコピー**（または【別紙】健康保険情報）を必ず添付してください。
- ・ 電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記載してください。

申請を行う年月日（郵送の場合は郵送する日）を記入してください。

高齢期移行者医療費助成資格認定申請書

令和 7 年 4 月 1 日

右記の記載例を参考に、申請される方の氏名（フリガナ）・性別・住所・生年月日・電話番号を記入してください。

電話番号は、連絡をさせていただく場合があるため、**日中連絡がつく電話番号**を記入してください。

健康保険証のコピーを必ず添付してください。
※健康保険証をお持ちでない場合は【別紙】健康保険情報をご記入の上、添付してください。

身体障害者手帳・療育手帳の有無に○をつけてください。

各種手帳をお持ちの方は、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。

神戸市高齢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、神戸市高齢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	コウベ タロウ		
	氏 名	神戸 太郎		
	住 所	神戸市 中央区 加納町 6-5-1		
	生年月日	昭和 ○ 年 □ 月 △△ 日	電話 番号	080 - 0000 - 0000 ※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。			
身体障害者手帳等の有無	☐ 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	☐ 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 ☐ 前年所得が制額以下 ☐ 生活保護の停(廃)止 ☐ その他	公開 部分公開 非公開 健康保険法第19条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年
要介護度 (要区分Ⅱのみ)	要介護度	年 月 日 まで
資格審査	1. 認定 2. 却下 ()	
決裁	課長 担当係長 係長 公署 住民課 所得 保険 異動 証明係	受給者番号

この欄は記載不要です