

記入見本 (高齢) 重度障害者医療費受給者証交付申請書

82・58 (身障1.2級 療育A) 83・59 (身障3級 合算超過)
 43・44・68・69 (精神1級)

※太枠内をご記入ください。

		申請日		令和	年	月	日
受給者 (本人)	フリガナ	サンダ ハナコ		続柄	住所		
	氏名	三田 花子		本人	三田市 三輪2丁目●一●		
	生年月日	明・大・昭	平・令 63年6月9日				
配偶者	フリガナ	サンダ タロウ		続柄	住所		
	氏名	三田 太郎		配偶者	同居		
	生年月日	明・大・昭	平・令 62年12月3日	別居	別居		
扶養 義務者1	フリガナ			続柄	住所		
	氏名			子・父・母 ()	同居・別居		
	生年月日	明・大・昭	平・令 年 月 日				
扶養 義務者2	フリガナ			続柄	住所		
	氏名			子・父・母 ()	同居・別居		
	生年月日	明・大・昭	平・令 年 月 日				
扶養 義務者3	フリガナ			続柄	住所		
	氏名			子・父・母 ()	同居・別居		
	生年月日	明・大・昭	平・令 年 月 日				
健康保険 情報	記号・番号 ・枝番	●●●●●●●●		資格取得 年月日	昭平令 18年4月1日		
	被保険者氏 名	三田 太郎		受給者との 続柄	本人・配偶者・父・母・子 その他()		
	保険者番号	●●●●●●		保険者名称	●●●●●● 保険組合		

単身赴任等で別居されている場合は別居に○をして、別居先の住所を記入してください。

三田市長あて

福祉医療費の助成事務に関して、住民基本台帳・市税等に関する課税資料、その他の賦課徴収資料の調査を承諾します。なお、他の同一世帯員や別世帯の扶養義務者等の調査についても同意を得ております。当事業により既に公費負担した額のうち、世帯主等が給付を受けるべき保険給付(高額療養費等)が発生した場合は、その受領を公費負担者である本市に委任し、世帯内での紛争が生じた場合は私の責任において解決します。以上のことに対応するため、加入保険から被保険者情報及び給付情報等の提供を得ること、また申請内容について加入保険に提供することに同意します。また、世帯構成に変更があったときや、受給者証記載内容の変更があったとき、加入保険等の変更があったときは届け出ます。

申請者
(本人)

三田 花子

※手書きしない場合は記名
押印してください。

連絡先 079 (●●●●) ●●●●●●

(市処理欄)

手帳 情報	種別	身障・療育・精神	等級	級(判定)	手帳番号	別紙のとおり	兵庫県・()第	号		
	①診断日・判定日	昭平令	年	月	日	②交付日	昭平令	年	月	日

申請 事由	障害認定	審査	認定	一般(合算認定)
	転入		認定	一般(合算超過) ※世帯合算超過認定分
	後期移行		認定	低所得
	障害情報変更		認定	経過措置
	その他()		却下	所得超過
				その他()

資格取得年月日	令和	年	月	日	別紙のとおり								
証有効期間1	令和	年	月	日	~ 令和	年	月	日	交付日1	令和	年	月	日
証有効期間2	令和	年	月	日	~ 令和	年	月	日	交付日2	令和	年	月	日

特記事項 課税対象収入がない場合の生活状況 【 非課税年金等()・預貯金等・その他() 】

案内	後期移行案内 【 窓口・郵送 】※65歳以上	添付	<input type="checkbox"/> 保険情報のわかるもの	受付	入力	確認
	制度案内 【 窓口・郵送 】		<input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳			
	証交付前受診 【 無・有(案内済) 】		<input type="checkbox"/> 高障口座【 窓口・郵送 】			