

高齢重度障害者医療費助成認定申請書兼医療費助成申請書										医療受給者番号																			
① 助成対象者	フリガナ				住 所	淡路市																							
	氏 名																												
	生年月日	年 月 日		個人番号																									
② 配偶者	フリガナ				住 所	□助成対象者と同じ																							
	氏 名																												
	生年月日	年 月 日		個人番号																									
③ 扶養義務者	フリガナ				住 所	□助成対象者と同じ																							
	氏 名																												
	生年月日	年 月 日		個人番号																									
年 1 月 1 日時点の住民登録地										都 道 府 県										市 区 町 村									
加入 医療 保険	被保険者氏名			後期高齢者医療			被保険者番号				保険者番号																		
	□助成対象者と同じ										39282264																		
障害 の 状況	身 体 障 害 者 手 帳		1 級 ・ 2 級		第 号		交付 日	年 月 日																					
	療 育 手 帳		A判定		第 号			年 月 日																					
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳		1 級		第 号			年 月 日																					
医療の種別		入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他（ ）																											
医療機関等 の 名 称						受診期間		年 月 日 ～ 年 月 日 日間																					
総医療費		保険者負担額			自己負担額 (本人支払額)			一部自己負担額			支給決定額																		
円		円			円			円			円																		
上記のとおり、医療費受給者証の交付・医療費の支給を申請します。 なお、資格認定について、助成対象者、配偶者及び扶養義務者の税情報による所得情報の調査（個人番号制度による情報連携によるものを含む。）及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該高齢重度障害者医療費の助成において、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淡路市に委任します。 上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合から後期高齢者医療に係る被保険者情報及び給付情報等を得ること、また、当申請書を兵庫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 淡路市 淡路市長様 受 給 者 (助成対象者) 氏 名 (電話)																													
振 込 先 金 融 機 関 名										預 金 種 別		1 普 通 2 当 座																	
銀 行 本 店 信用金庫 支 店 農 協 支 所 信用組合 出 張 所										口 座 番 号																			
										フリガナ																			
										口座名義人																			
交付年月日 年 月 日										資格取得年月日 年 月 日																			
認定・却下		認定（却下）理由																											

※ 所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①～③欄は本人が自署してください。

記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

高齢重度障害者医療費助成認定申請書兼医療費助成申請書

医療受給者番号

① 助成対象者	フリガナ			住 所	淡路市				
	氏 名	受給者の氏名		住 所	生穂新島〇番地				
	生年月日	〇年 〇月 〇日		個人番号					
② 配偶者	フリガナ			住 所	□助成対象者と同じ				
	氏 名			住 所	□助成対象者と同じ				
	生年月日	年 月 日		個人番号					
③ 扶養義務者	フリガナ			対象者との続柄	住 所	□助成対象者と同じ			
	氏 名			対象者との続柄	住 所	□助成対象者と同じ			
	生年月日	年 月 日		個人番号					
年 1 月 1 日時点の住民登録地 都 道 府 県 市 区 町 村									
加入医療保険	被保険者氏名		後期高齢者医療	被保険者番号		保険者番号			
	☑助成対象者と同じ			1234567		39282264			
障害の状況	身体障害者手帳	1級・2級	第 号	交付日	年 月 日				
	療育手帳	A判定	第 号		年 月 日				
	精神障害者保健福祉手帳	1級	第 号		年 月 日				
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他（ ）								
医療機関等の名称	〇〇〇病院・薬局など			受診期間	〇年 〇月 〇日 ～ 〇年 〇月 〇日 〇日間				

総医療費	保険者負担額	自己負担額 (本人支払額)	市町村負担額	文書決定額
円	円	円	円	円

上記のとおり、医療費受給者証の交付・医療費の支給を申請します。
なお、資格認定について、助成対象者、配偶者及び扶養義務者の税情報による所得情報の調査（個人番号制度によるものを含む。）及び住民基本台帳による調査を承諾します。
当該高齢重度障害者医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により算出される部分がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。
上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合から後期高齢者医療に係る被保険者情報提供を受けること、また、当申請書を兵庫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。

日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください

令和 〇年 〇月 〇日	受給者 (助成対象者)	住 所	淡路市生穂新島〇〇番地	
淡路市長様	氏 名	受給者の氏名 (電話 090-0000-0000)		
振込先金融機関名		預金種別	1 普通 2 当座	
〇〇〇銀行		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
信用金庫		フリガナ	名義人のフリガナ	
農協		口座名義人	名義人の氏名	
信用組合				

交付年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
認定・却下	認定(却下)理由		