

記入例

- 太枠の中をご記入ください。
- 事由発生日から30日以内に申請ください。30日を過ぎますと、申請月の初日からの認定となります。
- 申請時に医療保険の資格情報がわかるもの及び手帳の提出(写)または提示が必要となります。

福祉医療費受給者証交付申請書 (重度心身障がい者)

受給資格者	受給者番号														
	住所	各務原市那加桜町1-69													
	氏名	各務原 次郎													
	生年月日	平成○年○月○日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	手帳の種類	発行者	交付年月日	等級	番号				有効期限						
	身体障害者手帳														
	療育手帳	●口座名義人は、原則、被保険者(国保の場合は世帯主及び組合員)、または父・母となります。それ以外の場合は、別途「承諾書」が必要です。													
	戦傷病者手帳														
精神障害者 保健福祉手帳	●転入の場合のみ、前住所をご記入ください。														
証交付申請事由	1. 認定請求	<input checked="" type="radio"/> 2. 転入	3. 保険加入	4. 手帳更新	5. 生保廃止	6. 所得超過解消	7. その他	前住所	岐阜県○○市○○○丁目○番地					令和6年 1月 1日 転入	
支払口座の指定	金融機関名・支店名			口座種別	口座番号			口座名義							
	○○銀行○○支店			普通	1234567			カミカハラ タロウ							

医療保険の加入状況	被保険者記号番号	記号	100											
		番号	1											
	被保険者氏名	カミカハラ タロウ												
		各務原 太郎												
	被保険者個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	4	
	被保険者生年月日	昭和○年○月○日												
	被保険者住所	同上												
	保険者名	○○健康保険組合、○○共済組合 等												
	保険者所在地	岐阜県各務原市○○○丁目○○番地												
	保険者番号	12345678												
認定日	令和○年○月○日													

◆医療保険の資格情報が分かるものを、太枠内に添付し、又は窓口で提示してください。
(例：マイナポータルの画面、資格確認書、資格情報のお知らせ、健康保険証の写し)

※サイズが大きい場合は裏面に貼り付けてください。

< 市役所確認欄 >
 提示：確認書類 ())
 確認者 ())

上記のとおり、各務原市福祉医療費助成制度(重度心身障がい者)による受給者証の交付を申請します。

※なお、受給資格の認定の審査のため、医療保険の加入状況等の必要な情報を閲覧すること並びに受給資格者、その配偶者及び扶養義務者の税務情報を閲覧することについて承諾するとともに、認定された場合は、受給資格者であることに関する情報を医療保険の保険者へ提供することに同意します。また、高額療養費の請求及び受領について、被保険者(国保の場合は世帯主)は、各務原市長に委任します。

(宛先)	各務原市長	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日
申請者	住所	各務原市那加桜町1-69	
	氏名	各務原 次郎 (電話番号 058 - 383 - 1128)	
	被保険者名(国保の場合は世帯主名)	各務原 太郎	

< 市役所確認欄 > (以下略)