様式第１号（その３）

障がい者福祉医療費受給資格者証交付申請書（認定・更新）

大台町長　様

大台町福祉医療費の助成に関する条例第４条第1項又は第2項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 太枠の中のみ記入してください。 | 申請日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請者 | 住所 | 大台町 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 障がい者医療費の助成の資格認定に必要な心身障害者手帳等の認定状況、所得情報及び健康保険の加入状況等の医療費助成に関する必要な情報（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | かな |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| 健康保険 | 記号・番号 |  | 被保険者名 |  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入日 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 | 支店　　　　　　　　　　　出張所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 種別 | 普通　・　当座 |
| 名義(カナ) |  |

【添付書類】

　・1月1日に住民登録されていた市町村発行の所得課税証明書（受給者と扶養義務者）

　　　※1月1日に大台町に住民登録されている場合は不要

・加入している健康保険の情報が分かるもの（資格確認書、資格情報のお知らせなど）

・振込先が分かるもの（通帳など）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  | 決裁 | 課長 | 係長 | 係 |
| 理由発生日 |  |  |  |  |
| システム入力 |  |
| 証交付日 |  |  |
| 区分 | 障がい　・　65重 |
| 等級 |  |

扶養義務者に関する届出書

※扶養義務者欄は、住所が同じで生計を一にする方の全員を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 扶養義務者 | ふりがな・氏名 | 続柄 | 生年月日・個人番号 |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） | □現在と同じ |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） | □現在と同じ |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） |  □現在と同じ |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） |  □現在と同じ |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（1月１日時点） |  □現在と同じ |