

福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

区分 障がい者 ・ 高齢障がい者(65歳以上)

年 月 日

(あて先)駒ヶ根市長

| |
|------------|
| (住 所) 駒ヶ根市 |
| (電話番号) |
| (申請者氏名) |

駒ヶ根市福祉医療費特別給付金条例の規定に基づき、受給資格の認定と受給資格者証の交付を申請します。なお、受給資格者及びその同居する扶養義務者に係る住民税課税台帳及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が閲覧することを承諾します。

1. 本人 住所・氏名・生年月日

| | | | |
|--------|-------|-------------|-------------|
| 現住所 | 氏名 | 性別 | 生年月日 |
| 駒ヶ根市 | フリガナ | 男 | 大正・昭和 年 月 日 |
| | | 女 | 平成・令和 |
| 個人番号 | | | |
| ※認定年月日 | 年 月 日 | ※事業番号・受給者番号 | — |
| ※有資格期限 | 年 月 日 | 補助区分 | 県補助 市単 |

2. 申請事由 (該当するものに○印をしてください。)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級 | <input type="checkbox"/> 療育手帳 A1 A2 B1 B2 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級 2級 3級 | <input type="checkbox"/> 障害者年金 級 号 |

3. 同居人の状況 (本人を除く、扶養義務者の方を記入してください。)

| 氏名 | 続柄 | 個人番号 | 氏名 | 続柄 | 個人番号 |
|----|----|------|----|----|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4. 加入健康保険(保険証) 写しの通り

| | | |
|--------|-------------|----|
| 被保険者氏名 | 健康保険名 | 記号 |
| | 【保険者番号】 【 】 | 番号 |

注:【保険者番号】は必ず記入してください。

5. 給付金の振込先 写しの通り

| | | | | | | |
|------|--------|----|------|----------|-------------|--|
| 金融機関 | 銀行・金庫 | 支店 | 口座番号 | 普通・当座・貯蓄 | フリガナ 名義人 | |
| | 信組・農協 | 支所 | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | | — | — | | |

注:【ゆうちょ銀行】の店舗・口座番号が分からない場合は、記号・番号及び名義人氏名を記入してください。

6. 公費負担医療制度等の状況 (「該当あり」の場合は、ご利用されている制度名などを記入してください。)

該当なし 該当あり ⇒ .

○ 太線枠内にご記入ください。なお、※印の欄への記入は不要です。

| | | | | | | | | | |
|------|--|----|-----------------|-------------------------|------|-----|----|----|----|
| 処理欄 | 受付 | 入力 | 高額区分 | 所得審査 | 証書交付 | 決裁欄 | 起案 | 係長 | 課長 |
| | | | アイウエオ 低・一般・現 | 良 本人 基準額超 非 世帯 所得税あり | 渡 郵 | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 手帳の写し(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 年金証書の写し <input type="checkbox"/> 所得証明書 | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |

記入例

福祉医療費特別給付金受給資格認定申請書

区分 障がい者 ・ 高齢障がい者(65歳以上)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 駒ヶ根市長

(住所) 駒ヶ根市 赤須町20番1号

(電話番号) 0265-83-2111

(申請者氏名) 駒ヶ根 太郎

駒ヶ根市福祉医療費特別給付金条例の規定に基づき、受給資格の認定と受給資格者証の交付を申請します。なお、受給資格者及びその同居する扶養義務者に係る住民税課税台帳及び資格認定に関する一切の資料を福祉医療事務担当職員が閲覧することを承諾します。

1. 本人 住所・氏名・生年月日

| | | | |
|------------------|-------------------------|--------------------|--------------|
| 現住所 | 氏名 | 性別 | 生年月日 |
| 駒ヶ根市 赤須町20番1号 | フリガナ コマガネ タロウ 駒ヶ根 太郎 | 男 大正昭和 平成・令和 | 30年 1 月 20 日 |
| 個人番号 | 123456789012 | | |
| ※認定年月日 | 年 月 日 | ※事業番号・受給者番号 | — |
| ※有資格期限 | 年 月 日 | 補助区分 | 県補助 市単 |

2. 申請事由 (該当するものに○印をしてください。)

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級 | <input type="checkbox"/> 療育手帳 A1 A2 B1 B2 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級 2級 3級 | <input type="checkbox"/> 障害者年金 級 号 |

3. 同居人の状況 (本人を除く、扶養義務者の方を記入してください。)

| 氏名 | 続柄 | 個人番号 | 氏名 | 続柄 | 個人番号 |
|--------|----|--------------|----|----|------|
| 駒ヶ根 花子 | 妻 | 987654321098 | | | |
| 一郎 | 長男 | 567890123456 | | | |

4. 加入健康保険(保険証) 写しの通り

| | | | | | |
|--------|--------|---------|------------|----|---------|
| 被保険者氏名 | 駒ヶ根 太郎 | 健康保険名 | 駒ヶ根市国民健康保険 | 記号 | 02 |
| | | 【保険者番号】 | 【200105】 | 番号 | 1234567 |

注:【保険者番号】は、保険証のとおりに記入してください。

5. 給付金の振込先 写しの通り

| | | | | | |
|------|---------------------------------|------|------------------|------|----------|
| 金融機関 | アルプス 銀行(金庫) 南(支店) 中央信用 信組・農協 支所 | 口座番号 | 普通 当座・貯蓄 1234567 | フリガナ | コマガネ タロウ |
| | ゆうちょ銀行 | | | 名義人 | 駒ヶ根 太郎 |

注:【ゆうちょ銀行】の店舗・口座番号が分からない場合は、記号・番号及び支店名を記入してください。

6. 公費負担医療制度等の状況 (「該当あり」の場合は、ご利用されています)

| | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 該当なし | <input checked="" type="checkbox"/> 該当あり ⇒ 自立支援医療、特定疾病 |
|-------------------------------|--|

ゆうちょ銀行カードのみご持参等で店舗・口座番号が不明な場合は、こちらに記号・番号を記入いただき、『名義人』欄に名義氏名をご記入ください。

○ 太線枠内にご記入ください。なお、※印の欄への

| 処理欄 | 受付 | 入力 | 高額区分 | 所得審査 | 証書交付 | 決裁欄 |
|------|--|----|--------------|----------------------------------|------|--------------------------------|
| | | | アイウエオ 低・一般・現 | 良 本人 基準額超 世帯所得税あり | 渡 郵 | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 手帳の写し(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) | | | <input type="checkbox"/> 年金証書の写し | | <input type="checkbox"/> 所得証明書 |
| 備考 | | | | | | |