様式第１号の２（第４条関係）

記入例

福祉医療費受給者証交付・更新申請書（重度障害者）

赤穂市長　宛

年　　月　　日

住所　赤穂市加里屋８１番地

申請者　　氏名　赤穂　一郎

電話　0791（43）6820

世帯主　　氏名　赤穂　太郎

○申請に必要なもの

≪情報連携希望しない場合≫
・加入保険情報がわかるもの
・所得課税証明書

≪情報連携希望する場合≫　**※同意者は自署**
・同意者全員の本人確認書類
・同意者全員の個人番号のわかるもの
・地方税関係情報の取得に関する同意書
（扶養義務者欄足りない場合等）

≪共通≫
・障害者手帳
・窓口に来られる人の本人確認書類

所）を申請します。なお、当該申請に当たり、次の事項について同意し

等の関係公簿を調査（個人番号制度による情報連携を含む。）すること。
る場合、加入保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること。
た場合、当該高額療養費に相当する福祉医療費を本市に返還すること。
(4) 受領委任された福祉医療費のうち、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、申請及び受領を本市に委任すること。

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、提出の省略を希望する者は各同意者欄に本人の自署が必要です。

受給者（同意者）	個人番号	○○○○　□□□□　○○○○　□□□□		住所	赤穂市 加里屋８１番地 ○○市××町△△番地 （令和○年１月１日時点）
	フリガナ	アコウ　タロウ			
	氏名	赤穂　太郎			
	生年月日	昭和○○年○月○日			
配偶者（同意者）	個人番号	○○○○　□□□□　○○○○　□□□□		住所	
	氏名	赤穂　花子			
	生年月日	昭和○○年○月○日		※市町村民税所得割税額	円
扶養義務者（同意者）	個人番号	○○○○　□□□□　○○○○　□□□□		住所	☑受給者に同じ ○○市××町□□番地 （令和○年１月１日時点）
	①氏名	赤穂　一郎	続柄　子		
	生年月日	平成○○年○月○日		※市町村民税所得割税額	円
	個人番号			住所	□受給者に同じ
	②氏名		続柄		
	生年月日	年　月　日		※市町村民税所得割税額	円
他公費の有無		(有)・無		公費の種類	難病法に基づく特定医療
受給者証交付（更新）申請事由		1　条例第２条第２号に新たに該当するようになったため (2)　転入してきたため 3　所得要件に該当するようになったため 4　その他（			
交付事由発生年月日		令和△年△月△日			
加入医療保険	保険者の名称	××健康保険組合		保険者番号	□□□□□□□□
	保険種別	協・(組)・日・船・共・国・国組		被保険者等記号・番号	△△　○○○○○○○
	被保険者氏名	赤穂　一郎	受給者との続柄　子	資格取得年月日	令和○年○月○日
※審査		認定　・　却下	※受給有無	有・無	※証発行　有・無
※受給者番号			※法別番号		※所得区分

情報連携を希望する場合は、各個人番号欄をご記入ください。
１月１日時点で市外在住の人は、住所欄にわかるように現在の住所と併記をお願いします。

加入医療保険を資格確認書、マイナポータルの画面、健康保険証等を参考に記入してください。

※印の欄は記入しないでください。　　※□本人確認（□うち内容によるもの）

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。