

福祉医療費受給者証交付・更新申請書 (高齢重度障害者)

赤穂市長 宛

年 月 日

住所

申請者 氏名

電話 ()

下記のとおり、福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

なお、受給資格の認定又は更新については、本人、配偶者、扶養義務者の所得情報など関係公簿を調査(個人番号制度による情報連携を含む。)することを承諾します。また、福祉医療費の支給において、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赤穂市に委任します。上記のことなどに対応するため、加入する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、また必要な際に当申請書を加入する後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

※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。

(同意者)	個人番号				
	居住地(住所)	□申請者に同じ			
	フリガナ				
	氏名	□申請者に同じ			
	生年月日	年 月 日	※市町村民税所得割税額	円	
(配偶者)	個人番号				
	住所	□受給者に同じ			
	氏名		※市町村民税所得割税額	円	
(扶養義務者)	個人番号				
	住所	□受給者に同じ			
	氏名		※市町村民税所得割税額	円	
他公費の有無		有・無	公費の種類		
受給者証交付(更新)申請事由		1 条例第2条第14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 ()			
交付事由発生日		年 月 日			
加入医療保険	保険者の名称	() 後期高齢者医療広域連合	保険者番号		
	被保険者番号		資格取得年月日	年 月 日	
	被保険者氏名	□受給者に同じ		受給者との続柄	□本人
※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

※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。