

丹波篠山市高齢重度障害者医療費受給者証（交付・更新）申請書

下記のとおり 高齢重度障害者医療費受給者証 の交付を申請します。

年 月 日 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____

丹波篠山市長 様

記

受給対象者	ふりがな	住 所		
	氏 名	丹波篠山市		
	生年月日 年 月 日			
配 偶 者		住 所		
扶養義務者	氏 名	住 所		
	受給者との続柄			
加入医療保険	被保険者氏名	保険種別	後期高齢者医療	
	被保険者番号		付加給付	有・無
	保険者名	(保険者番号)		
交付申請事由	1 障害認定() 2 転入 3 65歳到達 4 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)			
承 諾 書				
私に係る福祉医療費助成事務に必要な、世帯全員の所得状況及び世帯状況の調査を承諾します。 また、このことについては、各世帯員の同意を得ています。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、高額療養費等に該当する部分がある場合は、給付調整されることに同意します。 上記のことなどに対応するため、兵庫県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得ること、また必要な際に当申請書を兵庫県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。				
申請者 氏 名 (印)				

< 審 査 > ※以下の欄は記入しないでください。

割 額 市 民 税 所 得	受 給 者	円	助成の可否	証処理 交付・郵送(/)
	配 偶 者	円		
	扶養義務者	円	可・否	