

受付印

重度障害者・高齢重度障害者医療費受給者証交付(更新)兼医療費助成申請書

(宛先) 姫路市長

申請年月日 令和 年 月 日

重度障害者・高齢重度障害者医療費助成制度の受給者証の交付、更新及び医療費助成の申請をします。
 受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、申請者の加入医療保険の資格、本人・配偶者・扶養義務者の地方税情報その他の情報について、調査(マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。)することに同意します。
 また、姫路市福祉医療費助成条例施行規則第8条第4項ただし書に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|--------------------------------|--------|----------|-----------------|--|---------------------------------|---|-------|----|--|--|
| 申請者 兼 同意者 | フリガナ | | | | | 電話 | — — | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 手帳種別 | 身体(1級・2級)・精神・療育 | | | | | | |
| | 生年月日 | S H 西暦 | 年 | 月 | 日 | 手帳診断日 再認定日 | S・H・R S・H・R | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 住所 | 姫路市 | | | | | 転入日 ※転入された場合 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | | 今年1月1日の住所 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ | | | | | | | | | | |
| | 加入医療保険 障害者手帳等 | 別添加入健康保険証・障害者手帳又は療育手帳の写しのとおり(裏面に添付) | | | | | | | | | | | |
| (高齢 重度 振込 の口 方座 のみ) | 金融機関 コード | | | | | 口座番号 | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 | | | | 本店・支店 支所・出張所 | | | | | | | |
| | 種別 | 1 普通 | | ・ 2 当座 | | 口座名義人 (カタカナ) | | | | | | | |
| 配偶者又は扶養義務者 兼 同意者 | 1 | フリガナ | | | | | 申請者との続柄 | 配偶者・子・() | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | |
| | | 生年月日 | S H 西暦 | 年 | 月 | 日 | 転入日 ※転入された場合 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 2 | フリガナ | | | | | 申請者との続柄 | 配偶者・子・() | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | |
| | | 生年月日 | S H 西暦 | 年 | 月 | 日 | 転入日 ※転入された場合 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 3 | フリガナ | | | | | 申請者との続柄 | 配偶者・子・() | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | |
| | | 生年月日 | S H 西暦 | 年 | 月 | 日 | 転入日 ※転入された場合 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 4 | フリガナ | | | | | 申請者との続柄 | 配偶者・子・() | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | |
| | | 生年月日 | S H 西暦 | 年 | 月 | 日 | 転入日 ※転入された場合 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 事務 処理 欄 | 種別 | 障・高 | 公費負担者番号 | | 2 | 8 | 0 | 0 | 2 | 受給者番号 | | | |
| | 受付 | <input type="checkbox"/> 窓口(福祉医療) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便 | | | | 資格 審査 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下 | | | | 入力 | | |
| | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険・後期加入 <input type="checkbox"/> 所得要件該当 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 所得超過 | | | | | | |
| | 資格有効始期 | 年 | 月 | 日 | 本人 確認 | MN提示の有無 | | | | 確認 | | | |
| | 資格有効終期 | 年 | 月 | 日 | | 本人 | () | () | | | | | |
| | 証交付年月日 | 年 | 月 | 日 | | 有 | 無 | 有 | 無 | 有 | 無 | | |
| 証送付年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |

添付書類貼付箇所（ホッチキス留め又はクリップ留めでも構いません。）

のりしろ

① 本人の健康保険証及び障害者手帳・療育手帳のコピー

のりしろ

② マイナンバーの情報連携による手続きを希望する場合は、
配偶者と扶養義務者の本人確認書類のコピーを添付

★ 顔写真付き1点又は顔写真なし2点の添付が必要です。

顔写真あり
1点

運転免許証 パスポート 障害者手帳 その他（ ）
※マイナンバーカードを本人確認書類とする場合はコピーを添付せず、
窓口へお越してください。

顔写真なし
2点

健康保険証 年金関係書類 介護保険証 その他（ ）