

障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

赤磐市長 様

障害者医療費受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、受給資格認定の審査（更新に係る調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを承諾します。このことについて、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

また、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市町村へ支払います。

私が後期高齢者医療の被保険者で、今後、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、岡山県後期高齢者医療広域連合からの高額療養費の受領を貴市町村に委任します。

また、当申請書を岡山県後期高齢者医療広域連合に提供することを承諾します。

	フリガナ							男・女	生年月日	年 月 日			
	氏 名									(満 歳)			
	住 所	〒 赤磐市						電話番号					
申請者(対象者)	個人番号												
	交 付 申 請 事 由	1 身体障害者(1級、2級及び3級手帳所持者) 2 知的障害者(A・B) 3 精神障害者(1級)											
	身 体 障 害 者 手 帳	手 帳 番 号											
		交 付 年 月 日						年 月 日					
		次回再認定(判定)年月日						年 月 日					
	療 育 手 帳	手 帳 番 号											
		交 付 年 月 日						年 月 日					
		次回再認定(判定)年月日						年 月 日					
	精神障害者保健福祉手帳	手 帳 番 号											
		交 付 年 月 日						年 月 日					
		次回再認定(判定)年月日						年 月 日					
	自立支援医療(精神通院)	受給者番号					有効期間						

※裏面も記入してください。ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		交付決定年月日		受給資格者番号	
所得制限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他()				
精神障害者保健福祉福祉手帳に記載の交付日	65歳未満・65歳以上 { ①65歳未満での手帳所持 有・無 ②担当者確認日 年 月 日				
番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票				
本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 顔写真付き身分証明書 ☐ その他資料2点				
備 考					

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				対象者の続柄														
	保険種別				被保険者の記号番号														
	保険者名(発行機関名)				保険者番号														
	加入している者(※1)	氏名	住所																
			個人番号																
		氏名	住所																
			個人番号																
		氏名	住所																
個人番号																			
附加給付		有(内容:)・無																	
特定疾病療養受療証の有無		有・無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。																	
世帯の状況	※1以外の世帯員(※2)	氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
		氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
		氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名:)・無																	

(記入上の注意点)

- 1 〈※1〉欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所及び個人番号を記入してください。
- 2 〈※2〉欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がある場合、その氏名、加入する医療保険の種別及び個人番号を記入してください。
- 3 医療保険種別 国保・協会けんぽ・日雇・組合健保・共済組合・後期高齢者医療 等
(提示が必要な書類)

○個人番号収集における番号確認及び身元確認

※申請書に記載のある申請者について、以下の書類を提示してください。

A) 個人番号カード(顔写真付き)・・・1枚で番号確認及び身元確認が可能です。

B) 番号確認書類として、 身元確認書類として

☐ 個人番号通知カード

☐ 顔写真付き公的身分証明書

☐ 個人番号が記載された住民票

☐ 上記提示が困難な場合(以下の書類2点)

公的医療保険被保険者証・年金手帳

児童扶養手当証書・介護保険被保険者証 等

※代理人による申請について、以下の書類を提示してください。

A) 代理権の確認 ☐ 委任状(法定代理の場合は戸籍謄本など)

B) 代理人の身元確認 ☐ 代理人の個人番号カード・運転免許証 など

C) 本人の番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票

○ 医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの(個人番号カード等)

※対象者本人の個人番号カード(郵送の場合は、必ず個人番号カードの両面の写しが必要です。)

○ 市町村民税の課税・非課税証明書

※上記に名前の記載のある人で、1/1時点で本市(町村)に住民票が無かった場合は、前住所地における課税・非課税証明書が必要です。(原則、証明年度の1月1日現在に住民登録をしていた市町村で発行されます。)

個人番号による情報連携を希望する場合は、本人同意が必要です。(様式第1号-1)