

高齢期移行者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。
なお、資格認定にあたり、貴市が本人及び世帯員の市県民税の賦課状況並びに本人の要介護度及びその有効期間を調査することに異議ありません。また、複数の医療費助成制度の資格を同一人物が同一期間に有することが条例上認められていないことから、この申請に基づく資格が認定されたときは、他の医療費助成制度の資格を同時に喪失することに同意します。

(注) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。

太 枠 内 を ご 記 入 く だ さ い。

神戸市 区長 宛

| | | | | |
|----------------|--|----------|---|-----------------------------------|
| 申請者 (受給者) | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 神戸市 | | |
| | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 電話番号 | — — ※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください。 |
| 加入医療 保 険 | <input type="checkbox"/> 別紙のとおり 健康保険証のコピー または 【別紙】健康保険情報を添付してください。 | | | |
| 身障手帳等 の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合 → | 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の 等級が確認できる部分のコピーを添付してください。 | |

【事務処理欄】 資格取得年月日 (. .) 異動コード ()

| | | | | |
|----------------|--|----------|--|------------------------------|
| 申請の事由 | 事由発生年月日 | 令和 年 月 日 | 公開の状況 公開 部分公開 非公開 情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年 | |
| | <input type="checkbox"/> 65歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 () <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> 前年所得が制限額以下 <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 要介護度 ※区分Ⅱのみ | 要介護度 | | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 資格審査 | | | 1. 認定 2. 却下 () | |
| 決裁 | 課長 | 担当係長 | 係 | 公募確認 住民票 所得 保険資格 異動入力 証作成 |
| | | | | 受給者番号 |