重度障害者医療費助成資格認定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市重度障害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、受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、調査対象者の地方税情報、加入医療保険の資格、その他の情報を調査〈マイナンバー制度による情報連携（税情報は含まない）によるものを含む。〉することについて同意します。また、神戸市重度障害者医療費助成に関する条例施行規則第10条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。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会することに同意します。

住所：

申請者　 　　　　　　　　　　　　　　電話 　　　　－　　　－

※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話番号等）を記入してください。

氏名：

（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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　－ | | 電話番号 |  |
|  | | | |
| 配偶者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| 電話番号 |  |
| 住所 |  | | | |
| （扶養義務者）  保護者 | フリガナ |  | 続柄 | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 |  | | | |
| 加入医療保険 | 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。** | | | | |

神戸市　　　区長 宛

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身障  手帳 | 交付日  　　・　　　・ | 級 | 肢（上肢・下肢・体幹）・視・聴・平衡・言  内（心・腎・呼・膀・直・小・免疫・肝臓） | 障害  種別 |  |
| 知的  障害 | 判定日  　　・　　　・ | 重  中度 | 1　療育手帳　　２　判定書　　３　診断書 | 障害  程度 | 別表　　号に該当 |
| 精神  障害 | 交付日  　　・　　　・ | １級 | 精神障害者保健福祉手帳 | 有効期限  　　　　・　　　　・ | |

【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 | | | 平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 公開の状況  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 |
| □身体障害者手帳等の交付 □他の市（区）町村からの転入（　　　　）  □医療保険加入資格の取得 □前年所得が制限額以下  □生活保護の停（廃）止 □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 資格審査 | | ・　　　　・ | | | | | １．認定　　２．却下（　　　　　　） |
| 決裁 | 課長 | | 担当係長 | 係 | | 公簿  確認 |  | 受給者番号 |