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、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、神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例施行規則第９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。

（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

**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。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  有の場合 | 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 | 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 | 有  無 | | | | |

【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  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 |
| □65歳に到達 □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（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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 |  | 受給者番号 |