

# 高齢期移行者医療費助成資格認定申請書の書き方

- ボールペンでお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- で囲っている部分を記入してください。
- **健康保険証のコピー**を必ず添付してください。
- 電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記載してください。

申請を行う年月日（郵送の場合は郵送する日）を記入してください。

右記の記載例を参考に、申請される方の氏名（フリガナ）・性別・住所・生年月日・電話番号を記入してください。

電話番号は、連絡をさせていただく場合があるため、**日中連絡がつく電話番号**を記入してください。

押印は、**スタンプ印不可**です。

身体障害者手帳・療育手帳の有無に○をつけてください。

各種手帳をお持ちの方は、手帳の交付日や等級を記載してください。

介護保険の要介護認定を受けている場合は、要介護度及び有効期間を記載の上、**介護保険被保険者証等のコピーの添付が必要**です。

**健康保険証**のコピーを忘れずに添付してください。

## 高齢期移行者医療費助成資格認定申請書

令和 **2** 年 **4** 月 **1** 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、資格認定については貴市が本人及び世帯員の市県民税の賦課状況及び、本人の要介護度並びに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) 1 この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。  
 2 個人が申請する場合において、当該本人が自署するときは、押印は不要です。

神戸市 **中央** 区長 宛

フリガナ	コウベ	ハナコ	フリガナ		続柄	生年月日	昭和	年	月	日
氏名	神戸 花子		性別	女		昭和	年	月	日	
申請者(受給者)	住所		神戸市中央区加納町6丁目0番0号							
	生年月日	昭和 0 年 00 月 00 日	電話番号	080-1234-0000						
			※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	「別紙のとおり」に <input checked="" type="checkbox"/> をつけた上で、 <b>健康保険証のコピーを必ず添付してください</b> (※健康保険証のコピーを添付することで、この欄の記載は不要です)								
身障手帳等の有無	身障手帳	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	療育手帳	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有の場合	交付日	判定日	級	障害の種類	
要介護度	要介護度	2		有効期間	平成 令和	0 年 0 月 0 日	から	△年 △月 △日まで		

【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
資格審査	この欄は記載不要です					
決裁	課長	担当係長	保	公簿確認	住民票	所得
				保険資格	異動入力	取作成
						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 受給者番号