神戸市高齢重度障害者医療費助成資格認定申請書

緑枠内は記入しないでください。

受給者番号		資格取得 年　月　日	平成 令和　　年　　月　　日	取得 コード	
後期高齢 被保険者番号		資格取得 年　月　日	平成 令和　　年　　月　　日	取得事由	

対象者 氏名	（大・昭　　年　　月　　日生）	住所	〒 （TEL　　−　　−　　）
配偶者 氏名	（大・昭・平　　年　　月　　日生）	住所	〒 （TEL　　−　　−　　）
扶養義務者 氏名	（大・昭・平　　年　　月　　日生）	住所	〒 （TEL　　−　　−　　）

振込先銀行口座	銀行 コード		支店 コード		1	2	4	口座番号	
		銀行・信金 信組・農協		支店 出張所	普通	当座	貯蓄		
	名義人	フリガナ						続柄	

通知先住所	〒 （方書）　　様方　（TEL　　−　　−　　）

障害の状況	身体障害者手帳＿＿＿級　；　交付年月日　　年　　月　　日 障害区分：肢体，視覚，聴覚，言語，内部　（該当するものに○印をしてください。）	
	療育手帳（知的障害重度・中度）	判定年月日　　年　　月　　日 次回判定　　年　　月
	精神障害者保健福祉手帳　1級	交付年月日　　年　　月　　日 有効期限　　年　　月　　日

他法関係	結核・原爆・精神保健・自立支援・その他	法別番号	

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，資格認定について貴市が市県民税の課税状況および障害の状況を調査することに異議ありません。また当事業において，公費で現物給付された公費負担額のうち，世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は，その受領を公費負担者である貴市に委任します。

上記のことなどに対応するため，都道府県後期高齢者医療広域連合から私の後期高齢者医療に係る被保険者情報及び給付情報を得ること，また当申請書を都道府県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請人　住所

　　　　氏名

神戸市　　　区長　宛

（注）この申請書は，本人またはその代理人が記入するものです。
代理人が記入する場合は押印してください。

決裁欄	令和　年　月　日　決定・却下			区間転入者の旧区受給者番号	
	課長	担当係長	係	障害確認　資格確認　台帳記入	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