

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) この申請書は、本人又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。

神戸市 区長 宛

申請者 (受給者)	フリガナ				性別		
	氏名						
	住所	神戸市					
	生年月日	昭和 年 月 日	電話番号	— — ※日中に連絡が付く電話番号を記入してください。			
別紙のとおり 加入医療保険	フリガナ			続柄	生年月日	昭和 年 月 日	
	被保険者氏名						
	住所						
	記号			番号			
	保険者番号			保険者名称			
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年月日	交付年月日	昭和 平成 令和	年月日	
身障手帳等の有無	身障手帳	有・無	有の場合	交付日	・ ・	級	障害の種類
	療育手帳	有・無		判定日	・ ・	重・中度	
要介護度 ※区分Ⅰは記載不要	要介護度			有効期間	平成 令和	年月日 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)		
	<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 ()				
資格審査	・ ・		1. 認定 2. 却下 ()	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	
決裁	課長	担当係長	係	公簿確認 (住民票) (所得) (保険資格) (異動入力) (証作成)	受給者番号