

高齢重度障害者医療費受給者証〔交付・更新〕申請書

助 成 対 象 者	ふりがな	住所		
	氏 名	男・女		
	生年月日	年 月 日		
配 偶 者	氏 名	住所		
扶 養 義 務 者	受給者との続柄	住所		
	①氏 名	()		
	受給者との続柄	住所		
	②氏 名	()		
	受給者との続柄	住所		
	③氏 名	()		
	受給者との続柄	住所		
	④氏 名	()		
課 税 の 状 況	所 得 判 定 対 象 者	市町村民税所得割税額		
	助 成 対 象 者		円	
	配 偶 者		円	
	扶 養 義 務 者	①	円	③ 円
		②	円	④ 円
合 計 額		円		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	助成対象者との続柄	住所	
	保 険 種 別	後期高齢者医療	被 保 険 者 号	
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	兵庫県後期高齢者医療広域連合 (保険者番号 39282280)	所在地	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号
受 給 者 証 交 付 (更 新) 申 請 事 由	1 加東市高齢重度障害者医療費助成に関する条例第2条第1号の高齢重度障害者に新規に該当するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 年度切り替えによる該当のため 5 年度更新のため 6 その他 () (交付申請事由発生年月日 年 月 日)			
<p>加東市長 様</p> <p>上記のとおり、高齢重度障害者医療費受給者証の交付(更新)を申請します。</p> <p>なお、資格認定等については、税務情報による私及び配偶者・扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。</p> <p>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加東市に委任します。</p> <p>上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合から後期高齢者医療に係る被保険者情報及び給付情報等を得ること並びに当申請書を兵庫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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名 電話番号</p>				

・字は楷書ではっきり書いてください。