

高齢重度障害者等医療費受給者証交付（更新）申請書

（あて先）
加西市長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 加西市

氏名

対象者との続柄（ ）

電話

上記のとおり高齢重度障害者等医療費助成受給者証の交付（更新）を申請します。
なお、以後医療費の助成に関し所得等の確認が必要な場合は、担当職員が税務担当課課税台帳等により確認することを承諾します。
また、当制度において、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には、その受領を公費負担者である加西市に委任します。
上記のことに対応するため、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、また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。

			受給者番号			
対 象 者	該 当 要 件			記 号 番 号		
		交付年月日		有期年月日		
	フ リ ガ ナ			生 年		
	氏 名	(女)		月 日		
	住 所	1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日				
配 偶 者	フ リ ガ ナ			生 年		
	氏 名	(男)		月 日		
	住 所	1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日				
	同居・別居の別	同居 ・ 別居		生計関係	生計同一・生計維持	
扶 養 義 務 者	フ リ ガ ナ			生 年		
	氏 名			月 日		
	続 柄					
	住 所	1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日				
	同居・別居の別	同居 ・ 別居		生計関係	生計同一・生計維持	
加 入 医 療 保 険	被保険者又は組合 員の氏名(住所)			続 柄		
				区 分		
	種 別	後期高齢	記号			番号
	保 険 者 名			所 在 地		
	保 険 者 番 号					
	資格取得年月日			附加給付の有無	特定疾病	
資 格 始 期			交付年月日			

--