

重度障害者・高齢重度障害者医療費受給者証交付(更新)兼医療費助成申請書

(宛先) 姫路市長

申請年月日 令和 年 月 日

重度障害者・高齢重度障害者医療費助成制度の受給者証の交付、更新及び医療費助成の申請をします。
受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、申請者の加入医療保険の資格、本人・配偶者・扶養義務者の地方税情報その他の情報について、調査(マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。)することに同意します。
また、姫路市福祉医療費助成条例施行規則第8条第4項ただし書に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。

申請者兼同意者 section containing fields for name, address, birth date, and bank account details.

同居の配偶者又は扶養義務者 section containing fields for spouse/dependents including name, address, and birth date.

事務処理欄 section containing administrative fields for application status, qualification review, and confirmation.

添付書類貼付箇所（ホッチキス留め又はクリップ留めでも構いません。）

のりしろ

①  本人の健康保険証・資格確認書等のコピー

本人の障害者手帳・療育手帳のコピー

マイナポータルでの健康保険証の資格情報画面提示の場合、以下の健康保険情報を記載

|                  |        |
|------------------|--------|
| 記号               |        |
| 番号               |        |
| 枝番               |        |
| 資格取得年月日          | 年 月 日  |
| S H R            |        |
| 被保険者氏名 又は 世帯主氏名  |        |
| 被保険者と<br>申請者との続柄 | 本人・（ ） |
| 保険者番号            |        |
| 保険者名             | 健康保険組合 |
| 全国健康保険協会         | 支部     |

被保険者が申請者本人でない場合、下記の欄も記載してください▼

|           |           |
|-----------|-----------|
| 被保険者 生年月日 | S H 年 月 日 |
| 被保険者住所    |           |

のりしろ

② マイナンバーの情報連携による手続きを希望する場合は、  
配偶者と扶養義務者の本人確認書類のコピーを添付

★ 顔写真付き1点又は顔写真なし2点の添付が必要です。

|             |                                |  |                                |
|-------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| 顔写真あり<br>1点 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ) | <input type="checkbox"/> パスポート |
|             | <input type="checkbox"/> 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> その他 ( )         |                                |

|             |                                |                                 |                                |                                  |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 顔写真なし<br>2点 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 年金関係書類 | <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|