

受付印

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。
 申請者が姫路市国民健康保険及び兵庫県後期高齢者医療保険に加入の場合は、姫路市が助成した福祉医療費のうち、高額療養費に該当する部分の申請及びその受領を姫路市に委任します。

申請者 兼 同意者 兼 委任者	フリガナ				電話	— —		
	氏名				手帳種別	身体(1級・2級)・精神・療育		
	生年月日	S H 西暦	年	月	日	転入日 ※申請日から2年以内に 転入された場合	令和 年 月 日	
	住所	姫路市						
	加入医療保険 障害者手帳等	別添医療保険の資格確認書等、障害者手帳又は療育手帳の写しのとおり(裏面に添付)						
(高齢 振込 口座 のみ)	金融機関 コード					支店コード		
	金融機関名	銀行・農協 信用金庫			口座番号			
	種別	1 普通 ・ 2 当座		口座名義人 (カタカナ)				
※同居の 配偶者 又は 扶養 義務者 ※ 兼 同意者 兼 委任者	1	フリガナ				申請者との続柄	配偶者・子・()	
		氏名				住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
		生年月日	S H 西暦	年	月	日	転入日 ※転入された場合	令和 年 月 日
	2	フリガナ				申請者との続柄	配偶者・子・()	
		氏名				住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
		生年月日	S H 西暦	年	月	日	転入日 ※転入された場合	令和 年 月 日
	3	フリガナ				申請者との続柄	配偶者・子・()	
		氏名				住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
		生年月日	S H 西暦	年	月	日	転入日 ※転入された場合	令和 年 月 日
	4	フリガナ				申請者との続柄	配偶者・子・()	
		氏名				住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
		生年月日	S H 西暦	年	月	日	転入日 ※転入された場合	令和 年 月 日

事務 処理 欄	種別	障・高	公費負担者番号	2	8	0	0	2	受給者番号					
	受付	<input type="checkbox"/> 窓口(福祉医療) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便			申請理由	<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険・後期加入 <input type="checkbox"/> 所得要件該当 <input type="checkbox"/> その他()								
	手帳診断日	S・H・R	年	月	日	資格審査	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 所得超過			<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下				
	再認定日	S・H・R	年	月	日	本人 確認	MN提示の有無						確認	入力
	資格有効始期	年	月	日	本人		()	()						
	資格有効終期	年	月	日	有		無	有	無	有	無			
証交付年月日	年	月	日											
証送付年月日	年	月	日											

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 本人の医療保険の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 S H 年 月 日 R	
被保険者氏名 又は 世帯主氏名	
被保険者と 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 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 2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金関係書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------	--