

※ 太枠の中を記入してください。

(障) 重度障がい者医療費助成認定申請書兼台帳

福岡市 中央 区 長 令和 X 年 XX 月 XX 日

(申請者) 〒 XXX - XXXX

負担者番号	
受給者番号	

住所 福岡市 中央 区 天神▲ 丁目 ▲ 番 ▲ 号 ○○マンション▲▲▲ 号室
(※マンション名も記入)

氏名 **福岡 花子** Tel (自宅) XXX - XXX - XXXX (携帯) XXX - XXXX - XXXX

○高額療養費及び高額介護介費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。
○私の世帯の課税状況について、公簿により確認されることを承諾します。
○第三者行為に起因する治療に対して、医療費助成を受ける場合は、必ず事前に届け出ます。
以上について承諾し、申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

申請日及び申請者(対象者)の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入。

※ 裏面もご確認ください。

区分	フリガナ 氏名	生年月日	備考
対象者	フクオカ ハナコ	昭和 XX 年 X 月 X 日	
	福岡 花子		
配偶者	フクオカ タロウ	昭和 XX 年 X 月 X 日	(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
	福岡 太郎		福岡市博多区○○▼丁目▼番▼号
健康保険	記号・番号 XXX・XXXX	保険者名称 ○○健康保険組合	保険者番号 XXXXXXXX
	被保険者氏名 フクオカ ハナコ 福岡 花子	生年月日 昭和 XX 年 X 月 X 日 続柄 (本人)	被保険者住所 (※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
【確認方法】 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 / <input type="checkbox"/> マイポータル資格情報画面 / <input type="checkbox"/> 個人番号による健康保険情報の照会に同意する			
障がいの認定	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()	手帳番号・交付日 福岡 県 第 XXXXXXX 号 平成 XX 年 XX 月 X 日交付 その他判定書類 判定機関 第 号	等級判定 1 (級) 障がい種別 心臓機能障害
	所得関係 <input checked="" type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 簡易所得報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

対象者及び配偶者の氏名・フリガナ・生年月日を記入してください。
※配偶者の住所が対象者と異なる場合は、備考欄に記入。

対象者の健康保険の内容を記入してください。
※被保険者の住所が対象者と異なる場合は「被保険者住所」欄に住所を記入。
※健康保険の確認方法について、いずれか1つに✓(チェック)を入れてください。

手帳の内容を記入してください。
※精神障害者保健福祉手帳の場合は、有効期限を記入。
※身体障害者手帳の場合は、「障がい種別」欄に種別を記入。

所得証明など所得を証明する書類を添付する場合は、該当の書類に✓(チェック)を入れてください。

届出者氏名	福岡 一郎
続柄	子
連絡先	XXX-XXXX-XXXX

届出者が対象者以外の場合に、氏名・対象者との続柄・連絡先電話番号を記入してください。

<裏面>

対象者及び配偶者の税法上の被扶養者となる者 (※今年1月1日時点で満16歳～18歳の者のみ記入)

区分	フリガナ 氏名	生年月日	住所
①	フクオカ ヒロコ 福岡 博子	平成 XX 年 X 月 XX 日 (今年1/1時点 16歳)	福岡市博多区○○▼丁目▼番▼号
②		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
③		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
④		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
⑤		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	

対象者または配偶者の税法上の被扶養者となる方で、今年1月1日時点で満16歳～満18歳の方がいる場合に記入してください。