

# 福祉（移・障・高）医療費受給者証交付申請書兼台帳

受付印

受給者番号	処 理 欄						交 付 決 裁			
	(台帳)	(入力)	(所得区分)			(課長)	(総括係長)	(係)		
ふりがな	性別						※太字の枠内のみ、記入ください。			
(移・障・高障) 受給者氏名	住所等						稲美町			
生年月日										
個人番号	TEL( )						-			
世帯状況	1	保護者又は配偶者					受給者との続柄			
		個人番号								
	2	保護者又は扶養義務者					受給者との続柄	※転入等により所得を確認できない場合は、住民税の所得課税照明書が必要となります。ただし、裏面の同意書を記入することで省略が可能です。		
		個人番号								
※受給者と住所が異なる場合は、住所、氏名、生年月日などを裏面に記入してください										
他公費優先	助成対象児童の氏名				生 年 月 日					
有	乳・子					H・R	年	月	日	<本人確認書類>
有	乳・子					H・R	年	月	日	1 運転免許証
有	乳・子					H・R	年	月	日	2 健康保険証
有	乳・子					H・R	年	月	日	3 その他( )
加入医療保険	被保険者名又は組合員名		受給者との続柄			所得状況確認				
	住所		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ			年度 制限内・制限超過				
	保険種別		社・国・国・後保・保・組・期	記号	記号	番号	判定基準所得		円	
	資格取得日(認定)年月日		(生年月日と同一の場合は不要) ※受給者が保険に加入した日			年度 制限内・制限超過				
	保険者名 保険者番号					判定基準所得				円
高障の場合	振込金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店 支店		判定所得割額		円		
	登録普通当座	ふりがな 名義人				資格認定日		. .		
							交付区分	種類 <input type="checkbox"/> 証・ <input type="checkbox"/> 認定通知書		
						日付	. .			
						有効期限	自 . .	至 . .		
						資格発生事由				
						1.年齢到達				
						2.転入により 令和 年 月 日				
						3.保険取得 令和 年 月 日				
						4.障害等認定 令和 年 月 日				
						手帳等の種類 (身・療・精 級)				
						5.その他 令和 年 月 日				
						( )				
						添付書類				
						<input type="checkbox"/> 加入健康保険証 ※稲美町国保・稲美町後期は不要				
						<input type="checkbox"/> 所得課税証明書 ※裏面同意書により省略可				
						<input type="checkbox"/> その他( )				
<p>上記の(移・障・高)医療費受給者証の交付を申請します。          なお、資格認定審査について貴町が世帯状況や所得状況を調査することを承諾します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 <input type="checkbox"/>受給者と同じ</p> <p>_____ 受給者との続柄</p> <p>氏名 ( )</p> <p>※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p> <p>稲美町長 様</p>										

### ① 保護者又は配偶者

ふりがな		性別	住所等	□前頁、加入医療保険に同じ  TEL( ) -
氏名	□前頁、世帯状況①保護者又は扶養義務者に同じ	男 女		
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日		

### ② 保護者又は扶養義務者

ふりがな		性別	住所等	□前頁、加入医療保険に同じ  TEL( ) -
氏名	□前頁、世帯状況②保護者又は扶養義務者に同じ	男 女		
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日		

#### 住所が異なる理由

<input type="checkbox"/> 就労のため
<input type="checkbox"/> 就学のため
<input type="checkbox"/> その他 理由:

稲美町長様

年 月 日

## 地方税関係情報の取得等に関する同意書

下記の者は、稲美町の地域福祉課が  
(該当する項目の□にチェックをしてください)

- 稲美町高齢期移行者福祉医療費助成条例第3条(高齢期移行者)
- 稲美町重度障害者・母子家庭等福祉医療費助成条例第5条(重度障害者)
- 稲美町高齢重度障害者医療費助成要綱第5条(高齢重度障害者)

に基づく事務手続を処理するために限って、地方税関係情報等について取得することに同意します。

同意者	ふりがな		受給者との続柄
	氏名		
	生年月日	T・S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村
同意者	ふりがな		受給者との続柄
	氏名		
	生年月日	T・S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村
同意者	ふりがな		受給者との続柄
	氏名		
	生年月日	T・S・H 年 月 日	
	令和 年1月1日の住所	都道府県	市区町村

#### 記載要領

- 各申請書において、下記の者から同意が必要となります。  
高齢期移行者(世帯員全員)、重度障害者・高齢重度障害者(本人、配偶者、扶養義務者)
- 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 同意が必要な者の数が書名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。