

□身元確認済（個・免・保（ ））
□代理権確認済（ ）

福 祉 医 療 費
高 齢 重 度 障 害 者 医 療 費 受 給 者 証 交 付 ・ 更 新 申 請 書
こ ど も 医 療 費

受給者	フリガナ 氏 名 ()	男・女 ()	生年月日	年 月 日 (小・中・高 年生)
	住所又は居住地 入 所 施 設 名			
加入健康保険	フリガナ 被保険者氏名 (世帯主名)			受給者との続柄
	住 所			
	保険者 (発行者)	保険者番号		
		名 称		
	健康保険の 記号・番号	記号	番号	
保護者(扶養義務者)氏名 [受給者との続柄]		[]	[]	
香美町長 様 私は、貴町が福祉医療費等の資格認定・受給決定を行うに当たり、本人及び関係各人の必要とされる住民基本台帳、所得課税状況、医療保険加入状況について、町長が各所管部署に報告を求めることに同意し、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ (続柄) 個人番号 () _____ 電話番号[自宅・()] — —				
【兵庫県（香美町）国民健康保険被保険者、兵庫県後期高齢者医療保険被保険者の場合】 本事業において、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、給付された公費負担額のうち高額療養費（外来年間合算）及び高額介護合算療養費（医療費分に限る）に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である貴町に委任します。 上記のことなどに対応するため、関係機関から国民健康保険または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、また当申請書の内容を関係機関に提供することに同意します。 氏 名 _____				

添付書類	高齢期移行	受給者の資格確認書等（限度額認定証等保険者から交付されている他証含む）
	重度障害者医療費	受給者の資格確認書等、受給者の障害者手帳（身障手帳、精神手帳、療育手帳）の写
	乳幼児等医療費	受給者の資格確認書等、母子手帳（出生の場合）の写
	母子家庭等医療費	受給者及び「子」の資格確認書等、戸籍謄本・住民票の写、現況届、（配偶者の障害者手帳、在学証明書ほか）
	高齢重度障害者医療費	受給者の資格確認書等、受給者の障害者手帳（身障手帳、精神手帳、療育手帳）の写
	こども医療費	受給者の資格確認書等

※本町において所得・課税状況が確認できない場合は所得課税証明書を添付
※その他資格認定、受給決定に必要な事項がある場合はそれを証明する書類を添付

処理欄	審査結果： 該当 ・ 非該当 (理由)	受給者番号		資格取得日	年 月 日
-----	--	-------	--	-------	-------------