

重

重度心身障害老人等医療費助成(更新)申請書

対象者	後期高齢者医療被保険者番号									氏名	生年月日
	後期高齢者医療被保険者番号									個人番号	年 月 日生
配偶者	フリガナ									生年月日	住所
	氏名									年 月 日生	個人番号
扶養義務者	フリガナ									生年月日	住所
	氏名									年 月 日生	対象者との続柄

(*)1～7月の資格取得の場合:前年、8～12月の資格取得の場合:当該年

要件	心身障害者の方	(手帳)	都・道・府・県	第	号	交付日	年 月 日	
		☐ 身体障害者手帳	種	級	変更日	年 月 日		
	ひとり親家庭等の方	☐ 療育手帳	A1	・	A2	手帳期限(再判定日)		年 月
		1. 配偶者のいない者で18歳未満の児童を扶養している。	住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)					
	2. 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のいない者又は婚姻をしたことのない者である。	住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)						

医療費助成金を下記の金融機関口座に振り込んでください。(申請者名義の口座をご記入ください)

銀行	本店	口座番号	口座名義人(フリガナ)	1 普通
信用金庫	支店			2 当座
農協	出張所			

※申請者の方以外の口座を希望される場合は、委任状をご記入ください。
<委任状> 私(申請者)は下記の者を代理人と定め、重度心身障害老人等医療費助成金の受領に関する権限を委任します。
代理人住所 代理人氏名 続柄

上記のとおり重度心身障害老人等医療費医療費の助成(更新)を申請するとともに、以下のことに同意します。
・この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うこと。
・医療費の助成のために診療情報を閲覧、使用すること。
・奈良県後期高齢者医療広域連合が助成金の算定に必要な事項について市長に通知すること。
・助成金受給後、助成金を調整する必要が生じた場合、次月以降の支給額において相殺すること。

年 月 日
大和郡山市長 様 住 所
申請者(対象者) (1/1現在(*)の住所:)
氏 名
[自宅 ・ 対象者携帯 ・ 扶養義務者携帯 ・ 他()]
連絡先電話番号 - -

この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うことに同意します。

配偶者氏名 扶養義務者氏名

区分	県単 ・ 市単								申請理由	要件該当 ・ 生保廃止 ・ その他()	転入 ・ 転出取消	保険加入 ・ 切替	受付
受給者番号								資格発生日	年 月 日				
								交付年月日	年 月 日				

以下の項目は記入しないでください。

※所得状況	申請者	配偶者及び扶養義務者		※備考
氏名				【同所同番地の居住者に関する事項】
①同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人	
うち、④70歳以上の者の数	(④) 人	(④) 人	(④) 人	
⑤特定扶養親族 (19歳以上23歳未満)の数	(⑤) 人			
⑥扶養親族 (16歳以上19歳未満)の数	(⑥) 人			
② ①以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童 (ひとり親家庭等で該当する場合)				【その他事項】
所得額				
金品等(養育費)の額(8割分)				
控除額計				
※控除後の所得額				
制限額				

※ 審 査	制限内（認定） ・ 超 過（停止）
-------	-------------------