様式第1号(第2条関係)

　　　　　　　　　　　　　　障害者医療費受給資格認定申請書

　　　　年　　 月　　　日

　　敦賀市長　　　　殿

申請者　住所

氏名

TEL

　障害者医療費の助成を受けるため、その資格の認定について関係書類を添え、申請いたします。また、認定及び更新のための市税並びに住所に関する調査を承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 対象者 | 住所 | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | |  | | | | | | 年 月 日 |
| 個人番号 | |  | | | | | | |
| 手帳種類 | | 身障手帳 | | 療育手帳 | | | | 精神障害者手帳及び自立支援  医療(精神通院)受給者証 |
| 障害の程度 | | 種　 級 | |  | | | | 級 |
| 交付・判定手帳番号 | | 交　付　 　年　 月 　日  福井県第 　 号 | | 交付 　 年　月 　 日  福井県第　　　　号 | | | | 受給者番号　 　　 　　　　号  福井県第　　　　　　　号 |
| 保護者 | 住所 | | 福井県 | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 | |  | | | | | | 年　　月　 日 |
| 個人番号 | |  | | | | | | |
| 住民票上世帯員 |  | 世帯員氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | |  | 個 人 番 号 | |
| 1 |  | |  | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 2 |  | |  | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 3 |  | |  | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 4 |  | |  | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 加入医療保険 | 保険の種類 | | |  | | | | | | |
| 保険者の名称 | | |  | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | | 付加給付 | | | 有　・　無 |
| 被保険者記号 | | |  | | | 被保険者番号 | | |  |
| 被保険者又は組合員氏名 | | |  | | | 被保区分 | | | 被保険者　・　被扶養者 |
| 振込口座 | 金融機関・支店名 | | ・ | | | | 口座科目 | | | 普通・当座 |
| 口 座 番 号 | |  | | | | フリガナ | | |  |
| 口座名義人 | | |  |

提示又は添付書類　1　本人及び扶養義務者の前年所得を証明する書類

　　　　　　　　　2　国民健康保険又は社会保険の被保険者証(組合員証)

　　　　　　　　　3　身体障害者手帳、療育手帳又は障害証明書、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院)受給者証認定欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 | 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 受給資格者番号 |  | | |
| 助成開始月 | 年　　　　月診療分より | 所得審査 | 支給・停止(所得限度額を超えるため) |