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) |