

(障) 重度障がい者医療費助成認定申請書兼台帳

福岡市 区長 平成 年 月 日

負担者番号							
受給者番号							

(申請者) 〒 _____

住所 福岡市 区 丁目 番号 号室
(※マンション名も記入)

氏名 _____ (印) TEL _____
(※署名(自筆)の場合は、押印不要) (※携帯電話があればその番号も記入)

高額療養費又は高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。
 また、私の世帯の課税状況について公簿により確認されることを承諾します。

下記のとおり申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

区分	フリガナ 氏名	生年月日	備考
対象者	男・女	大正昭和 平成 年 月 日	(※申請者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
配偶者	男・女	大正昭和 平成 年 月 日	(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
健康保険	記号・番号	保険者名称	保険者番号
	被保険者氏名	生年月日 年 月 日 続柄 ()	被保険者住所 (※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)
障がいの認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()	手帳番号・交付日 縣市第 号 年 月 日 交付 その他判定書類 判定機関 第 号	等級判定 (級) 障がい種別

区分	本人	配偶者
氏名 整理番号		
控除前所得		
控除額計		
控除後計		
扶養人数 基準額		

所得関係	<input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 簡易所得報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

取得事由	11. 新規	14. 保険加入	17. 更新	取得日	. .
	12. 市外転入	15. 生保廃止	19. その他	届出日	. .

申請	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口
----	---	----	---

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

決裁	課長	係長	係員	受付	処理欄
					入力
					医療証

※ 太枠の中を記入してください。

※ 裏面もご確認ください。

対象者及び配偶者の税法上の被扶養者となる者（※今年1月1日時点で満16歳～18歳の者のみ記入）

	フリガナ 氏名	生年月日	住所
①	男・女	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
②	男・女	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
③	男・女	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
④	男・女	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	
⑤	男・女	平成 年 月 日 (今年1/1時点 満 歳)	