

※ 太枠の中を記入してください。

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 _____ 令和 _____ 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 _____ TEL (自宅) _____ - _____ - _____
(携帯) _____ - _____ - _____

- 高額療養費及び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。
 ○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。
 ○第三者行為に起因する治療に対して、医療費助成を受ける場合は、必ず事前に届け出ます。
 以上について承諾し、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。

※ 裏面もご確認ください。

区分	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	備 考			
対象者	_____	_____年 _____月 _____日				
配偶者	_____	_____年 _____月 _____日	<small>(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)</small>			
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	<small>(※対象者と住所が異なる場合のみ住所を記入)</small>		
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 <small>※ 有効期限 _____年 _____月 _____日</small> <input type="checkbox"/> その他 (_____)		手帳番号・交付日 第 _____ 号 _____年 _____月 _____日 交付	等 級 判 定	_____ (級)	
			その他判定書類 判定機関 第 _____ 号	障がい 種 別	_____	

区 分	本 人	配 偶 者
氏 名 整 理 番 号	_____	_____
控 除 前 得 総 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 (_____)
-----------	---

届出者	氏名	_____		
続柄	_____	連絡先	_____	

取得事由	1. 新規 4. 保険加入 7. その他 2. 市外転入 5. 生保廃止 3. 区外転入 6. 更新	取得日	_____ . _____ . _____ (_____ . _____ . _____)
------	--	-----	--

受 給 者 番 号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

申請	□ 郵送 □ 窓口	交 付	□ 郵送 □ 窓口		
	(_____ . _____ . _____)		(_____ . _____ . _____)		
決 裁	課 長	係 長	係 員	受 付	処 理 欄
	_____	_____	_____	_____	入 力 _____ 医 療 証 _____

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		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
②		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
③		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
④		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	
⑤		平成 年 月 日 (今年1/1時点 歳)	