

※ 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

(申請者) 〒

負担者番号											
受給者番号											

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。

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		(※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 続柄 ()	年 月 日	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)	
【確認方法】 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ/ <input type="checkbox"/> 資格確認書/ <input type="checkbox"/> マイナポータル資格情報画面/ <input type="checkbox"/> 個人番号による健康保険情報の照会に同意する						
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 第 年 月 日 交付 その他判定書類 判定機関 第		等級判定 障がい種別	(級)

区分	本 人	配偶者	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 ()	
氏 名 整理番号					
控除前 総 所 得					
控除額計					
控除後計					
扶養人數 基 準 額					
届出者 氏名					
統 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	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 (・ ・)	交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 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)	