

※ 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) 〒 ー

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) ー ー
(携帯) ー ー

- 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	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 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)		
【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 号 年 月 日 交付 その他判定書類 判定機関 第 号	等 級 定 判 定	(級)		
			障がい 種 別			

区 分	本 人	配 偶 者
氏 名 整 理 番 号		
控 除 前 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	取得日	. . (. .)
	2. 市外転入	5. 生保廃止			
	3. 区外転入	6. 更新			

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 (. .)	
	課 長	係 長		係 員	受 付
決 裁					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)	