記入例

重度障害老人等福祉助成券 交付・再交付　申請書

令和７年　１２月　２日

（宛先）
大　津　市　長

次のとおり重度障害老人等福祉助成券の交付・再交付を申請します。なお、申請にあたり、下記の２点に同意します。
1、助成申請時及び助成期間中に助成対象者、配偶者及び扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格に係る項目について調査・確認すること。
2、助成期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算含む）のうち、福祉助成費にかかる分の申請および受領について、大津市長に委任すること。

受付印

申請者　住　所　大津市御陵町３番１号　Ａハイツ 201 号
氏　名　大津　一郎
電話番号　077-528-2653

助成区分		障害者（身体・知的・心身・精神・精神通院）・母子・父子		
助成対象者	フリガナ	オオツ　イチロウ	昭和２１年　１１月　１０日生	
	氏名	大津　一郎		
	住所	☑申請者住所に同じ		
	転入年月日 ※転入のときのみ記入	年　月　日	前住所地	県内　・　県外
	☑手帳情報	（身体）第　１２３４号　１種　１級　（昭和５０年　１１月　１０日交付） （療育）第　号　Ａ１，Ａ２、Ｂ１、Ｂ２（　年　月　日交付） （精神）第 （自立支援医療受給者証番号）		
	☐自立支援医療費受給者番号			
		※各種手帳・自立支援医療受給者証の写しも添付してください。		
御加入の健康保険	被保険者番号	（番号）０１２３４５６	助成対象者の資格取	
	保険者番号	０１２３４５６７	保険者名称	☑滋賀 ☐ 都市医療広域連合
	☐健康保険の資格情報をマイナンバーに連携済み			

それぞれの手帳の番号、等級、交付日等を記入のうえ、そのコピーも添付してください。
※手帳はケースから出してすべての部分をコピーしてください。

健康保険の資格情報とマイナンバーカードを連携されている方はチェックしてください。

※配偶者と扶養義務者欄は、助成対象者と同一世帯に属しない場合のみ御記入ください。

配偶者・扶養義務者 氏名		生年月日		住　所	

注意事項
1　助成対象者本人、配偶者、扶養義務者の所得が大津市で確認できない場合は、その方の住民税課税（非課税）証明書（個人番号が記載された書類、本人確認書類及び個人番号利用に係る同意書でも可）が必要です。
2

別世帯の配偶者、または別世帯の直系親族・兄弟姉妹で、本人を税扶養に取っている者がいれば記入してください。

確認書類	◎１点確認でよいもの ・運転免許証　・個人番号カード　・パスポート　・身体障害者手帳　・療育手帳　・精神保健手帳			
有効期限	年　月　日	交付年月日	年　月　日	

【住民税課税（非課税）証明書について】
転入などにより大津市で所得が確認できない場合は、本人、配偶者、扶養義務者（世帯の直系親族および兄弟姉妹、本人を税または保険の扶養に取られている方）全員の前住所地での住民税課税（非課税）証明書（個人番号が記載された書類、本人確認書類及び個人番号利用に係る同意書でも可）が必要です。

㊞