

重度障害老人等福祉助成券 **交付・再交付** 申請書

記入例

令和6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。



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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	転入年月日 <small>※転入のときのみ記入</small>	年 月 日	前住所地	県内 ・ 県外
	<input checked="" type="checkbox"/> 手帳情報 <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療費受給者番号	(身体) 第 号 種 級 (年 月 日交付) (療育) 第 号 A1, A2, B1, B2 (年 月 日交付) (精神) 第 号 (年 月 日交付) (自立支援) 第 号 (年 月 日交付)	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 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。 </div> ※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) 0 1 2 3 4 5 6	助成対象者の資格取得 <input checked="" type="checkbox"/> 滋賀県医師会 <input type="checkbox"/> 滋賀県歯科医師会 <input type="checkbox"/> 滋賀県薬剤師会 <input type="checkbox"/> 滋賀県獣医師会 <input type="checkbox"/> 滋賀県獣医師会	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。
	保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	保険者名称	
	<input type="checkbox"/> 健康保険の資格情報をマイナンバーに連携済み			

※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）が必要となります。
 - 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

【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。

有効期限	年 月 日	交付年月日	年 月 日
------	-------	-------	-------