

障害のある方

助成決定伺	課長	課員	担当
令和 年 月 日			

障害者医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市

氏名

電話 ()

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所	金沢市			個人番号			
	ふりがな 氏名				生年月日	申請者 との続柄		
申請事由	1 手帳交付 2 転入してきたため 3 程度変更 (→) 4 65歳到達			T・S H・R 年 月 日				
				◎ 事由発生年月日 年 月 日				
加入健康保険	被保険者氏名			対象者 との続柄	住所			
	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日		記号 番号				
	保険者の名称	□国保 □後期高齢者医療 □全国健康保険協会 支部 □その他 ()			保険者番号			
手帳種別	身障・療育 ・精神	S・H・R 年 月 日交付		・	市 第	号	級・	

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

医療費の助成資格の認定に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

対象者	住所 金沢市							
	氏名 (署名又は記名押印)							
配偶者	住所				個人番号			
	氏名 (署名又は記名押印)				生年月日	T・S H・R 年 月 日		
扶養義務者	住所				個人番号			
	氏名 (署名又は記名押印)				対象者 との続柄	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
受付場所	1 本庁 2 泉野HC 3 元町HC 4 駅西HC							
処理欄	受給者証番号				助成開始年月	年 月 日		
	認定・停止理由 (本人 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者) の所得制限 入力日							
番号	個人 通知 住民 端末	代理	法定 本人 委任	確認不可	その他			
本人確認	個人 免許 手帳 在留 旅券	保険 介護 年金 その他	確認不可					