

障害のある方

助成決定伺	課長	課員	担当
令和 年 月 日			

# 障礙者醫療費助成資格認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市 広坂1丁目1番1号

氏名 金沢 太郎

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。

- ・転入の場合 または
  - ・対象者の加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合

に個人番号を記入(金沢市が個人番号を利用して確認を行います)あわせて①、②を記入(②が不明の場合は勤務先名を記入)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(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、

対象者	住所 金沢市 <b>広坂1丁目1番1号</b>		氏名 <b>金沢太郎</b> (署名又は記名押印)		※転入・市外在住等で配偶者、扶養義務者が金沢市外で課税されている場合は個人番号も記入(金沢市が個人番号を利用して確認を行います)					
配偶者	住所 <b>同上</b>		個人番号	<input type="text"/>						
	氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		生年月日	T・S H・R	<input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日					
扶養義務者	住所 <b>同上</b>		個人番号	<input type="text"/>						
	氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (署名又は記名押印)		対象者との続柄	<input type="text"/>	生年月日	T・S・H・R <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日				
受付	対象者・・・受給者本人									
配偶者	受給者本人の夫または妻 いない場合は記載不要									
扶養義務者	同居の親・子・兄弟姉妹または最多収入者 若しくは 別居の親・子・兄弟姉妹で生活費などの送金を行い、受給者の生計を維持している方									
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	