|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成決定伺 | 課　長 | 課　員 | 担　当 |
| 令和　　 年　　 月　　 日 |  |  |  |

様式第１号

|  |
| --- |
| 障害をお持ちの方 |

**医療費助成資格認定申請書**

|  |
| --- |
| 令 和　　 年　　 月　　 日（あて先） 金沢市長申 請 者 　住 所 金 沢 市　　　　　　　　　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　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 | 電 話（　 ） |
| ふりがな氏 名 | 　　　　 | 生　 年　 月 日 | 申請者との続柄 |  |
| M・T・SH・R　　 　年　　　月　　　日 |
|
| 申請事由 | １　手帳交付 　 ５　保険に新たに加入したため２　転入してきたため　　　　　　 　　　 　６　その他（　　　　　　　　　 　　　　　　 　　）３ 程度変更（　　　　　　→　　　　　　）４　６５歳到達 　　　　　　　　　　　　　 ◎ 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 |  |
| 保険種類 | 国保・政管・組合・後期・船員・共済 | 記　 号・番 　号 |  |  | 付加給付の有無 | 有・無 |
| 保険者の名称 |  | 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（あて先）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。　金沢市心身障害者医療費助成制度の受給資格者であることに関する情報を、加入する医療保険の保険者に提供することに同意します。　助成にあたり、金沢市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者との間で負担相当額について調整を行うことに同意します。 |
| 対象者 | 住所 金沢市 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |
| 配偶者 | 住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |
| 扶養義務者 | 住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | 対象者との続柄 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  | 助成開始年月日 | 　　 　 　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　　　　　　　 |