

福祉医療費受給者証交付申請書 (助成認定書)

受給者番号	
-------	--

(高齢期移行・乳幼児等・こども・障がい・高齢障がい・精神障がい)

受給者	フリガナ	生年月日	受給者との続柄	住所	
		T・S・H・R 年 月 日	本人		
扶養義務者	フリガナ	生年月日	受給者との続柄	住所	
		T・S・H・R 年 月 日		同上	
配偶者等	フリガナ	生年月日	受給者との続柄	住所	
		T・S・H・R 年 月 日		同上	

加入医療保険		
保険者番号	保険種別	記号番号
	1 2 3 4 5 6 7 8 政・協 組 日 船 共 国 国 組 後	
保険者名	被保険者名	続柄
		被保険者住所

申請事由			
1.出生	2.年齢到達	3.障がい要件	4.所得要件該当(年度まで非該当、 年度から)
5.転入	6.保険取得	7.生保廃止	事由発生年月日
8.入院	9.後期加入	10.その他 ()	(年 月 日)

要件確認書類等				
所得要件	書類			
1.公簿	・受給者 ()			
2.課税証明書	・扶養義務者 ()			
3.申告書	・配偶者 ()			
4.その他				
障がい要件				
手帳	等級	交付	交付日	昭和・平成・令和 年 月 日
身体障害者手帳	1 2 3	兵阪北・兵庫	判定機関	
療育手帳	A B1	県府	有効期間	～
精神保健福祉手帳	1 2	第 号		

上記の通り (高齢期移行 障がい者
乳幼児等 高齢障がい者
こども 精神障がい者) 医療費受給者証の交付を申請いたします。
(助成認定書)

川西市福祉医療費助成制度の助成対象期間内において、所得要件の適否、負担区分の判定に関して
市民税課税資料、住民基本台帳などによって、必要な情報の確認を行うことを承諾します。
また、このことについては、世帯員の同意を得ています。

川西市長 あて

令和 年 月 日

申請者

〒 —

住所

氏名

電話

受付者	証作成者	交付
		窓口
		郵送

国保証
後期高齢証 } と一緒に郵送(簡易書留・普通郵便)