

函館市重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 6年 12月 2日

函

障がいのある方（未成年は保護者）の住所、氏名等を記載して下さい。

記載例

(番地)

函館市 東雲 町 丁目 4番 13号
 申請者 氏名 函館 花子
 電話 21-3187

障がいのある方（未成年も本人）の住所、氏名等を記載して下さい。

受けようとする者の受給資格の認定をを	ふりがな	はこだて はなこ		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	1	
	氏名	函館 花子		被保険者の続柄	妻												
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 38年 1月 1日		主たる生計維持者の続柄	妻												
	住所	(番地) 函館市 東雲 町 丁目4番13号		障害の程度	身体IQ 級 判定 A・B 総合 1重度・2中度 精神 級												
受給資格要件	身体障害者手帳	交付番		健康保険の加入者の氏名を記載してください。													
	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書	交付また作成年月															
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	精神障害者手帳の有効期限 R 年 月 日															
	医療保険	被保険者の氏名	函館 太郎	住所	函館市東雲町4番13号												
	種別	01 国保一般 02 国保退本 03 国保退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保組合 09 共済 10 後期高齢			付加給付	有・無											
	記号・番号	212010203	123	任意継続の有効期間	年 月 日～ 年 月 日												
主計した維持者	保険者の名称	全国健康保険協会 北海道支部		保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6					
	ふりがな	はこだて たろう		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	
	氏名	函館 太郎		住所	函館市東雲町4番13号												
保護者	扶養人数	人(うち)		円													
	氏名	障がいのある方の生活費を主に負担している方の氏名を記載してください。															

※注 太枠内の事項について記入してください。

所得要件	功成無													
<input type="checkbox"/> 該当														
障	7 19													
道	その他													
有														
特定疾病	無													
備	(口有)													

記載不要

裏面もあります。

同意書

当該申請を行う私および当該申請に係る主たる生計維持者（函館市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和48年函館市規則第34号）第2条第5号に規定する主たる生計維持者をいう。以下「主たる生計維持者」という。）である私は、函館市重度心身障害者医療費助成条例（昭和48年函館市条例第12号）第4条第1項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第5条の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者、ならびに当該申請に係る主たる生計維持者の必要な年度の地方税関係情報、住民票関係情報、健康保険資格関係情報および生活保護関係情報について調査することに同意します。

また、医療保険各法の規定による高額療養費および高額介護合算療養費（以下「高額療養費」という。）、付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、同条例第2条第1項の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務、同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の医療保険に加入する者の収支に関する情報について調査することに同意するほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市に委任します。

- ①当該療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限
- ②当該療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、私、および私と同一の医療保険に加入する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

申請者の氏名 函館 花子 (印)

主たる生計維持者の氏名 函館 太郎 (印)

4ヶ所に、押印してください。
申請者と同じ世帯の方を記入してください。
個人番号をそれぞれ記入してください。

申請者と同一世帯員

同	(ふりがな) 氏名	住 所	個 人 番 号										
	函館 二郎	函館市東雲町4番13号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0										
函館 鈴子	函館市東雲町4番13号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1											

重度心身障害者入通院の申立書

函館市長様

申立者氏名 函館 花子

申立内容	対象者氏名	函館 花子		生年月日	T・◎ 38年1月1日 H・R (61歳)	
	身体障害者内容	手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日		障がいの	級
		障がいの種類（該当するものすべてに○を付すること。）	視覚 聴覚 平衡 肢体不自由 心臓機能 ぼうこう又は直腸の機能 ヒト免疫不全ウイルス			
	身障手帳の障がいによる医療の開始日	入院 通院	H・R	年 月	H・R	年 月

受給者証を受け取りましたら署名ください。
代理申請の方の場合は氏名・関係性・連絡先を記入ください。

証受領確認（代理申請者含む）