様式第１号（第４条、第６条関係）

知的障がい者（児）医療費受給資格（更新）申請書

氏　　名		生 年 月 日	居　住　地 （ 現 住 所 ）	個 人 番 号 （９ケタ）
①本　人		年　　月　　日	米原市	
②配偶者		年　　月　　日	□同上	
③ 扶　養 義務者		年　　月　　日	□同上	

④ 加 入 医 療 保 険	※医療保険証の写しを添付する場合は、記入を省略できます。				
① 本 人	記号番号	（記号）	（番号）	被保険者 氏名	□①氏名と同じ ＿＿＿＿＿＿＿＿
保険者番号				被保険者 住所	□①居住地と同じ ＿＿＿＿＿＿＿＿
保険者名称	□国保　□後期高齢者医療 □全国健康保険協会　＿＿＿＿＿支部 □（その他）＿＿＿＿＿＿＿＿			認定年月日	年　　月　　日

上記のとおり、米原市知的障がい者（児）医療費助成条例施行規則第４条（第６条）の規定により、米原市知的障がい者（児）医療費受給資格（更新）申請をします。なお、申請に当たり下記の２点について同意します。

１　受給申請時、受給期間中および更新時に、米原市知的障がい者（児）医療費助成条例第３条に規定される所得等を個人番号等により調査・確認すること

２　助成された知的障がい者（児）医療費のうち、保険者から附加給付または高額療養費を受けたときは、給付された相当額を返還すること

年　　月　　日

住　　所

申請者　氏　　名

米原市長　様

電話番号

○　記入上の注意をよく読んで書いてください。
○　※印欄は記入しないでください。
○　御自身で記入困難な場合は御相談ください。

～記入上の注意～

この用紙は、米原市知的障がい者（児）医療費受給資格（更新）申請書を提出する際に使用してください。

①の欄

「本人」欄には、助成対象者本人について生年月日、住所、個人番号を記入してください。

②の欄

「配偶者」欄には、①の欄「本人」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について生年月日、住所、個人番号を記入してください。

③の欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者（本人）と同じ住所地に居住する父、母、子、孫等直系血族又は兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について生年月日、住所、個人番号を記入してください。

④の欄

「加入医療保険」欄には、本人のみ持っておられる医療保険証により記号番号、保険者番号、保険者名称、認定年月日等を記入してください。ただし、医療保険証の写しを添付する場合は、記入する必要はありません。