

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 (12ケタ)
①本人	年 月 日	米原市	
②配偶者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	
③扶養義務者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	

④ 加入医療保険					
① 本人	記号番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> ①氏名と同じ
保険者番号				被保険者	<input type="checkbox"/> ①居住地と同じ
保険者名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会   _____ 支部 <input type="checkbox"/> (その他)   _____			住所	_____
				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および助成対象者の属する世帯の構成、異動状況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

米原市長 様

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

- 記入上の注意をよく読んで書いてください。
- 療育手帳を持参してください。
- 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、加入医療保険の記号番号、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。