

重度障がい老人等福祉助成券交付（更新）申請書

氏名	生年月日	居住地 (現住所)	個人番号(12ケタ)
助成対象者	年 月 日		
配偶者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	
扶養義務者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	

加入医療保険			
助成対象者	記号番号	保険者番号/名称	
	(記号) (番号)	(保険者番号)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
配偶者	記号番号	保険者番号/名称	
	(記号) (番号)	(保険者番号)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他
扶養義務者	記号番号	保険者番号/名称	
	(記号) (番号)	(保険者番号)	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他

身体障害者手帳	番号	号等級	1級・2級・3級・その他
療育手帳	番号	号程度	A1・A2・B1・B2
精神障害者保健福祉手帳	番号	号等級	1級・2級

上記のとおり、重度障がい老人等福祉助成券の交付（更新）を受けたいので申請します。なお、申請に当たり、下記の3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、助成対象者、配偶者および扶養義務者の所得等ならびに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 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算を含む。）のうち、福祉医療受給に係る分の申請および受領について米原市長に委任すること。
- 3 助成された福祉医療費のうち、滋賀県後期高齢者医療広域連合から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

電話番号

米原市長 様

○身体障害者手帳、療育手帳または、精神障害者保健福祉手帳を持参してください。また、身体障害者手帳3級、療育手帳B1および精神障害者保健福祉手帳2級のうち2つをお持ちの方はその両方を持参してください。