

また、当申請書を岡山県後期高齢者医療広域連合に提供することを承諾します。

申請者 (対象者)	フリガナ											男・女	生年月日	昭 平・令	年	月	日	
	氏名													(満 歳)				
	住所	〒 ー TEL ()																
	個人番号																	
	交付申請事由	1 身体障害者（１級及び２級手帳所持者） 2 知的障害者（Ａ判定手帳所持者） 3 知的障害（Ｂ中度判定手帳所持者）・身体障害（３級手帳所持者）合併障害者 4 精神障害者（１級手帳所持者かつ自立支援医療（精神通院）受給者証所持者）																
	身体障害者手帳 ・療育手帳	手帳番号										第 号						
交付年月日										年 月 日								
次回再認定（判定）年月日										年 月 日								
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号										第 号							
	交付年月日										年 月 日							
	有効期限										年 月 日							
自立支援医療 (精神通院)	受給者番号																	
	有効期間										年 月 日 から 年 月 日 まで							

ここから下の欄には記入しないでください

申請受付年月日	令和 年 月 日	進達年月日	令和 年 月 日	交付決定年月日	令和 年 月 日
所得制限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ 公簿 ・ 情報連携 ・ その他（ ）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
精神障害者保健福祉手帳に記載の交付日	65歳未満 ・ 65歳以上	☐ ①65歳未満での手帳所持 有 ・ 無 ☐ ②担当者確認日 年 月 日			
番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票				
本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 顔写真付き身分証明書 ☐ その他資料2点				
備 考	受給資格取得日 ： 令和 年 月 日				

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		対 象 者 との続柄						
	保 険 種 別		国・協・組・後・国組・船・共		被保険者の 記号番号				
	保 険 者 名 (発行機関名)		所在地						
	保険者番号								
	対象者 と同じ 医 療 保 険 に加入 している者 <※1>	氏 名					住 所		
		個人番号							
		氏 名					住 所		
		個人番号							
		氏 名					住 所		
		個人番号							
附 加 給 付		有 (内容 :) ・ 無							
特定疾病療養 受療証の有無		有 ・ 無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。							
世帯の 状 況	※1 以外の 世帯員 <※2>	氏 名					加入する医療保険種別	国・協・組・後・国組・船・共	
		個人番号							
		氏 名					加入する医療保険種別	国・協・組・後・国組・船・共	
		個人番号							
		氏 名					加入する医療保険種別	国・協・組・後・国組・船・共	
		個人番号							
		氏 名					加入する医療保険種別		
他の公費負担制度 による医療費の支給		有 (制度名 :) ・ 無							

- (記入上の注意点)
- <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人（被保険者、被扶養者）全員の氏名・住所を記入してください。
 - <※2>欄には、対象者と同じ世帯であるが、別の医療保険に加入している人がある場合、その氏名及び加入する医療保険の種別を記入してください。
 - 医療保険種別 市町村国保・協会けんぽ・組合管掌（組合健保）・後期高齢者医療・国保組合（全国・各都道府県単位）・船員・共済組合

（提示が必要な書類）

○個人番号収集における番号確認及び身元確認

- ※申請書に記載のある申請者について、以下の書類を提示してください。
- A) 個人番号カード（顔写真付き）・・・1枚で番号確認及び身元確認が可能です。
- B) 番号確認書類として、
 □個人番号通知カード
 □個人番号が記載された住民票
- 身元確認書類として
 □顔写真付き公的身分証明書
 □上記提示が困難な場合（以下の書類2点）
 公的医療保険被保険者証・年金手帳
 児童扶養手当証書・介護保険被保険者証 等

- ※代理人による申請について、以下の書類を提示してください。
- A) 代理権の確認 □委任状（法定代理の場合は戸籍謄本など）
- B) 代理人の身元確認 □代理人の個人番号カード・運転免許証 など
- C) 本人の番号確認 □個人番号カード □個人番号通知カード □個人番号が記載された住民票

○医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの（個人番号カード等）

※対象者本人の個人番号カード（郵送の場合は、必ず個人番号カードの両面の写しが必要です。）

○市町村民税の課税・非課税証明書

※上記に名前の記載のある人で、1／1時点で本市に住民票が無かった場合は、前住所地における課税・非課税証明書が必要です。（原則、証明年度の1月1日現在に住民登録をしていた市町村で発行されます。）

個人番号による情報連携を希望する場合は、本人同意が必要です。（様式第1号－1）