

様式第1号 (第5条、第6条関係)



| | | |
|-----|-----|-----|
| 受付者 | 入力者 | 確認者 |
| | | ワウイ |
| | | エケル |

福祉給付金受給者証交付 (受給資格取得) 申請書 (新規・更新)

豊田市長 様

豊田市福祉給付金支給要綱第5条第1項又は第6条第1項の規定により、福祉給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
太枠の中のみ記入してください。

| | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------|--|--|
| 個人コード | | 受給者番号 | | 令和 年 月 日 | | |
| 申請者 | 住所 | 豊田市 | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 電話 () - | | | | | | |
| 福祉給付金受給資格認定に必要な所得情報及び健康保険の加入状況等の公簿等 (マイナンバー制度による情報連携を含む。) の閲覧に関し、同意します。 | | | | | | |
| 福祉給付金受給資格認定後、受給資格認定要件に変更があったときは、14日以内に届け出ます。資格喪失日以降に、この受給者証を使用した場合や過誤等が生じた場合は、医療費の自己負担金額を豊田市長へ返納します。 | | | | | | |
| 代理権授与 | | | | | | |
| 福祉給付金受給資格認定に必要な世帯員の所得情報の公簿の閲覧に関する所定の申請権限および本人の医療費の自己負担金額 (豊田市が負担した金額) が高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、高額療養費及び高額介護合算療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 氏名 | | | | |
| 受給者 | フリガナ | 個人番号 | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | |
| 加入保険 | 被保険者番号 | 被保険者名 | 受給者本人 | | | |
| | 保険者名 | 愛知県後期高齢者医療広域連合 | 保険者番号 | 3 9 2 3 2 1 1 1 | | |
| 受給資格認定要件 | 1心身障がい(A) | <input type="checkbox"/> 身体障がい者 手帳 級 | 受給者証の有効期間(手帳交付・証明・入院・申請月1日等) | | | |
| | | 手帳交付日: 年 月 日 | 開始(資格取得)日 年 月 日 | | | |
| | | 再認定日: 年 月 日 | 終了日(手帳の有効期限または再認定日・7月31日) | | | |
| | (P) | <input type="checkbox"/> 知的障がい者 療育手帳 判定 | 年 月 日 | | | |
| | | 手帳判定日: 年 月 日 | | | | |
| | | 再判定日: 年 月 日 | | | | |
| | (Q) | <input type="checkbox"/> 自閉症状群診断書 | | | | |
| | | 証明日: 年 月 日 | | | | |
| | 2母子家庭等(K) | <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭等 | 受給資格認定事由 | | | |
| | 3県戦傷病者(G) | <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳所持 (所得制限内) | 001 <input type="checkbox"/> 新規申請 理由なし | | | |
| 市戦傷病者(H) | <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳所持 (所得制限超過) | 011 <input type="checkbox"/> 新規申請 手帳交付 | | | | |
| 4精神措置入院(I) | <input type="checkbox"/> 精神措置入院 | 021 <input type="checkbox"/> 転入 (年 月 日 県内・県外 より) | | | | |
| 5結核勧告入院(J) | <input type="checkbox"/> 結核勧告入院 | 031 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 | | | | |
| 6県寝たきり(C) | <input type="checkbox"/> 要介護度4・5 (市県民税非課税世帯) | 041 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 市寝たきり(D) | <input type="checkbox"/> 要介護度3 (市県民税非課税世帯) | | | | | |
| 7ひとり暮らし(F) | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 単独・市県民税非課税世帯 | 備考 (ひとり暮らし要件の方) | | | | |
| 8精神障がい(L) | <input type="checkbox"/> 精神障がい者 手帳 級 | 受給者以外の連絡先 | | | | |
| 手帳 | 手帳交付日: 年 月 日 | 住所 | | | | |
| | 手帳有効期限: 年 月 日 | 氏名 | | | | |
| | 手帳交付通知日: 年 月 日 | 電話 () - | | | | |
| 9精神障がい(R) | <input type="checkbox"/> 精神障がい者 自立支援医療 | 新受給者証交付 窓口・郵送 | | | | |
| 自立支援医療 | 自立支援受給者番号: 号 | 年 月 日 | | | | |
| | 自立支援有効期限: 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 番号・本人確認 <input type="checkbox"/> 被保険者名記載 | | | | |
| 10精神科入院(M) | <input type="checkbox"/> 精神科入院 | ※寝たきり(C・D)及びひとり暮らし(F)要件の場合は、所得制限に関する申出書を記入してください。 | | | | |
| | 入院先の病院: 診断書による病名: | | | | | |
| | 入院日: 年 月 日 | | | | | |
| | 受給資格取得決定通知書: 交付済・未交付 | | | | | |