ファイル名 : H161
解像度(DPI) : 300
フォームサイズ : A4
使用フォント : NONE
使用ロゴ : NONE
使用タイル : NONE
使用グラフィック : NONE
使用カラー : NONE
ファイルサイズ(Bytes) : 411686

用紙サイズ : A4
Nアップ : 1UP
スケール(%) : (100,100)

印刷モード : SIMPLEX
コピー部数 : 1

様式第１号（第５条、第６条関係）

受付印	受付者	入力者	確認者

福祉給付金受給者証交付申請書（更新）

豊田市長　様

豊田市福祉給付金支給要綱第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	

申請者

令和　　年　　月　　日

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募等（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は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	

加入保険				
被保険者番号			被保険者名	
保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	３９２３２１１１

受給資格要件

1心身障がい(A)	□身体障がい者　手帳　級 手帳交付日：　年　月　日 再認定日　：　年　月　日
(P)	■知的障がい者　療育手帳　判定 手帳判定日：　年　月　日 再判定日　：　年　月　日
(Q)	□自閉症状群診断書 証明日　：　年　月　日
2母子家庭等(K)	□母子・父子家庭等
3県戦傷病者(G) 市戦傷病者(H)	□戦傷病者手帳保持（所得制限内） □戦傷病者手帳保持（所得制限超過）
4精神措置入院(I)	□精神措置入院
5結核勧告入院(J)	□結核勧告入院
6県寝たきり(C) 市寝たきり(D)	□要介護度４・５（市県民税非課税世帯） □要介護度３（市県民税非課税世帯）
7ひとり暮らし(F)	□ひとり暮らし高齢者　単独・市県民税非課税世帯
8精神障がい(L) 手帳	□精神障がい者　手帳　級 手帳交付日：　年　月　日 手帳有効期限：　年　月　日 手帳交付通知日：　年　月　日
9精神障がい(R) 自立支援医療	□精神障がい者　手帳　級 自立支援受給者番号： 自立支援有効期限：　年　月　日
10精神科入院(M)	□精神科入院 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：交付済・未交付

受給者証の有効期限
（手帳交付・証明・入院・申請月１日等）
開始日　　年　月　日

終了日
（手帳の有効期限または再認定日・７月３１日）
年　月　日

受給資格認定事由

００１	□新規申請　理由なし
０１１	□新規申請　手帳交付
０２１	□転入（　年　月　日 県内　・　県外　より）
０３１	□生活保護廃止
０４１	□その他（　　）

備　考　（ひとり暮らし要件の方）
受給者以外の連絡先
住　所

氏　名

電話　（　　）　－

受給者以外の連絡先　窓口　・　郵送
年　月　日
□番号・本人確認　□被保険者名記載

※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。