

記入例

●申請書に添付するもの●

・助成対象者の保険情報のわかるもの(下記のいずれか)

・保険証のコピー ・資格確認書のコピー ・資格情報のお知らせのコピー

・マイナポータルの医療保険の資格情報の画面をプリントアウトした紙

・助成対象者または配偶者、扶養義務者が1月1日時点で伊丹市在住でなかった場合、課税証明書もしくは、1月1日時点で国外にいたことが分かるパスポートのコピー

・誕生日が昭和27年7月1日以降の方で要介護2以上で区分2に該当する方は、要介護認定結果通知書もしくは介護保険被保険者証のコピー

・申請者の本人確認書類のコピー

(官公署発行の顔写真表示がある書類1点もしくは、

顔写真表示がない書類で、氏名、生年月日等の記載がある書類2点<健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ、年金手帳等>)

高齢期移行助成制度認定(更新)申請書

受給者	フリガナ イタミ ハナ			住所(居住地) 伊丹市千僧1丁目1番地	
	氏名 伊丹 はな				
	生年月日 昭和 〇年 〇〇月〇〇日				
氏名 (続柄)	住民税 非課税	合計所得	収入額	助成対象者の情報を記入してください	
伊丹 はな (本人)		円	円		
伊丹 太郎 (夫)			円		
伊丹 一郎 (子)			円		
()					
世帯員全員の氏名と続柄を記入してください (続柄は助成対象者を本人としてください)					
加入 保 険	被保険者氏名	受給者との続柄			申請の事由と その事由の発生日を 記入してください
	住 所				
	保険種別	被保険者等の記号番号			
	保険区分	付加給付の有無			
	保険者名称				
	所在地				
交付・更新 申請事由	1 該当年齢に到達したため。		4 保険に加入したため。		令和〇年 〇〇月 〇〇日
	2 所得基準に該当したため。		5 他公費から移行したため。		
3 転入してきたため。		6 その他()			
審 査	☐ 認定(年 月 日から有効)			保 留	1 資格確認書等確認 2 課税(所得)証明書 3 その他()
同意事項	申請に必要な世帯全員の住民票、世帯構成員の所得状況及び(障害者医療・高齢障害者医療受給の場合)障がい者手帳の等級及び程度について、調査することに同意します。また、以降の各年度分についても同意します。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額医療費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である本市に委任します。 上記のことなどに対応するため、兵庫県後期高齢者医療広域連合に保険者情報及び給付情報等を得ること、また必要な際に当申請書に提出することと同意します。				
上記のとおり高齢期移行助成制度の認定(更新)を申請します。					
年 月 日 申請者 住所 伊丹市千僧1丁目1番地 氏名 伊丹 一郎 (続柄 長男) (※) 電話番号 072-000-0000 伊丹市長 様 世帯主(申請者と同じ場合、記入不要) 氏名 伊丹 太郎 (続柄 夫) (※) (※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。					

提出日を記入してください

申請者の情報を記入してください

(続柄は助成対象者を本人としてください)

申請者が世帯主でない場合は、世帯主氏名を署名してください

(世帯主の自署でない場合は、世帯主氏名を記名し、押印してください)
(続柄は助成対象者を本人としてください)