

第1号様式(第5条、第6条関係)

後期高齢者福祉医療費受給者証 {交付・更新} 申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 電 話 () - _____

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の {交付・更新} を申請します。

また、高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集、利用及び提供(※1)に同意します。なお、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、日進市が受給権を取得することに同意します。

受給者	個人番号	
	住 所	
	フリカゝナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
加入保険	名 称	
	記号・番号	
認定区分	区 分	手 帳 情 報 等
	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害 ※2 ・知的障害 ※2 ・自閉症状群 ・ひとり親家庭等 ・戦傷病者 ・精神措置入院(第29条) ・結核患者勧告入院 ・寝たきり高齢者 ・認知症高齢者 ・精神手帳 ※2 ・自立支援(通院のみ) ・ひとり暮らし高齢者 ・その他 	※2の認定区分の場合、記入してください。
資格取得日		発効日
備考		

※1 当該個人情報が、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第9条第2項及び日進市行政手続における個人番号の利用に関する条例(平成27年日進市条例第20号)第4条第1項の規定に基づき利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。