

# 【記入例】 ①～③を記入し、必要書類を同封の上ご返送ください。

様式第2号その1(第6条第1項、第8条第1項、第14条第2項関係) 様式第2号(第5条第1項、第7条第1項、第13条第2項関係) 様式第1号(第4条関係)		福祉医療費助成制度申請書(届出書) 重度心身障害老人等福祉助成券交付申請書			
住所(変更後) 草津市草津三丁目13番30号				医療種別	
本人A	フリガナ 氏名 個人番号	本人Aとの続柄	宛名番号	乳幼児・小学生	<input type="checkbox"/> 40255069 <input type="checkbox"/> 40259061
	クサツ シロウ 草津 二郎	性別	受給者番号	心身障害者(児)	<input type="checkbox"/> 41250069 <input type="checkbox"/> 41251067 <input type="checkbox"/> 47250063 <input type="checkbox"/> 47253067
		生年月日			
		S43年4月2日			
		男			
助成対象者					
		男・女			
		年 月 日			
		男・女			
D	クサツ サブロウ 草津 三郎	子			
		H2年6月6日			
E	クサツ イチロウ 草津 一郎	兄			
		S41年5月5日			
配偶者	クサツ ハナコ 草津 花子	母			
		S20年2月2日			
扶養義務者	クサツ タロウ 草津 太郎	父			
		S20年1月1日			
住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)				<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	
<p>上記のとおり申請(届出)をします。なお、申請(届出)にあたり下記について同意します。</p> <p>1. 助成対象者、配偶者および扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格にかかる項目について調査・確認すること</p> <p>2. 加入医療保険から高額療養費または付加給付金を支給されたときは、先に草津市が医療機関等に支払った高額療養費または付加給付金に相当する額を草津市が指定する方法により返還すること</p> <p>3. 受給期間中に支給対象となった高額療養費(外來年間合算含む)のうち、福祉医療費助成にかかる分の申請および受領について、市長に委任すること(対象重度心身障害老人等に限り)</p>					
令和6年4月1日		住所 草津市草津三丁目13番30号		氏名 草津 二郎	
草津市長 宛		申請者		助成対象者との続柄 本人	
				電話番号 077-561-6975	

①扶養義務者の氏名、性別、生年月日、続柄を記入。  
※下の欄から埋めてください。

扶養義務者とは、次のaまたはbの方が該当します。

(a) 本人の健康保険証の被保険者の方  
(b) 本人と同居の18歳以上の直系血族(親、祖父母、兄弟姉妹等)の方  
★本人と住民票上別世帯でも同居されていれば扶養義務者に該当します。

## 必要書類

- 精神障害者保健福祉手帳のコピー  
…手帳の等級・本人の住所等がわかるようにコピーしてください。
- 健康保険証のコピー  
…裏面に貼り付けてください。

②記入日を記入

③申請者(本人と同じ世帯の方)の住所、氏名、電話番号を記入