

別添 2 0－1
様式第 3 0 号（第 1 6 条第 1 項関係）

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 草津市福祉事務所長

(申請者)
住所
氏名
個人番号
対象者との続柄
電話

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料
その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所					
	フリカシナ氏 (個人番号)	()				
	生 年 月 日	年 月 日	性別		電話	
身 体 障 害 者 手 帳 障 害	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別				障害等級	
疾 患 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)					
購入・修理を受ける補装具名						
判定予定日						
希望する補装具業者	名称					
	所在地					
	電話	FAX				
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
世帯範囲の特例に関する設定	☐ 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみまたは申請者およびその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
生活保護への移行予防措置に関する認定	☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

別添 2 0－2
様式第 3 0 号（第 1 6 条第 1 項関係）

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 草津市福祉事務所長

(申請者)
住所
氏名
個人番号
対象者との続柄
電話

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料
その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所					
	フリカシナ氏 (個人番号)	()				
	生 年 月 日	年 月 日	性別		電話	
身 体 障 害 者 手 帳 障 害	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別				障害等級	
疾 患 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)					
購入・修理を受ける補装具名						
判定予定日						
希望する補装具業者	名称					
	所在地					
	電話	FAX				
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
世帯範囲の特例に関する設定	☐ 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみまたは申請者およびその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
生活保護への移行予防措置に関する認定	☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

別添 2 1－1
様式第 3 2 号（第 1 6 条第 2 項関係）

補装具費支給券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
保 護 者 氏 名		続柄	
補 装 具 の 名 称		修理部位	
処 方			
補 装 具 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			
上記のとおり決定する。 年 月 日			
草津市福祉事務所長			
適 合 判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 員 職 氏 名	
受 領 年 月 日	年 月 日	受 領 者 氏 名	本人との関係

別添 2 1－2
様式第 3 2 号（第 1 6 条第 2 項関係）

補装具費支給券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
保 護 者 氏 名		続柄	
補 装 具 の 名 称		修理部位	
処 方			
補 装 具 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			
上記のとおり決定する。 年 月 日			
草津市福祉事務所長			
適 合 判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 員 職 氏 名	
受 領 年 月 日	年 月 日	受 領 者 氏 名	本人との関係

別添 2 2-1

様式第 3 6 号（第 1 7 条第 3 項関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

草津市福祉事務所長 宛

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②介護保険法												
申請者氏名 (個人番号)	()	制 度	受給者証番号・ 被保険者 番号												
生 年 月 日	年	月	日												
居 住 地	〒 電話番号														
サービス利用 月の障害福祉 相当介護保険 サービス支払 額（注）		申請に係 るサービ ス利用月	年	月	分	65歳に達す るまでの介護 保険法による 保険給付の受 給有無		☐ 無 ☐ 有							

（注 1）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

（注 2）支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行	本店	種目	口座番号											
	信用金庫	支店		1 普通預金											
	信用組合	出張所	2 当座預金												
	金融機関コード	店舗コード	3 その他												
	フリガナ														
	口座名義人														

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申 請 者 との関係
氏 名		
住 所	〒 電話番号	

別添 2 2-2

様式第 3 6 号（第 1 7 条第 3 項関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

草津市福祉事務所長 宛

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②介護保険法												
申請者氏名 (個人番号)	()	制 度	受給者証番号・ 被保険者証 番号												
生 年 月 日	年	月	日												
居 住 地	〒 電話番号														
サービス利用 月の障害福祉 相当介護保険 サービス支払 額（注）		申請に係 るサービ ス利用月	年	月	分	65歳に達す るまでの介護 保険法による 保険給付の受 給有無		☐ 無 ☐ 有							

（注 1）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

（注 2）支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行	本店	種目	口座番号											
	信用金庫	支店		1 普通預金											
	信用組合	出張所	2 当座預金												
	金融機関コード	店舗コード	3 その他												
	フリガナ														
	口座名義人														

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申 請 者 との関係
氏 名		
住 所	〒 電話番号	

別添 2 3－1
様式第 2 号（第 3 条第 1 項関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書				
児	ふりがな氏 名	生年 月 日	年 月 日	
	住 所 地郵便番号	個人 番号		
	現 在 地郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏 名	児との 続 柄		
	居 住 地郵便番号 電話	個 人 番 号		
被 保 険 者 の 記号および番号		保 険 者 の 名 称		
希望する指定養育医療機関の名称および所在地		(所在地は乳児の現在地と同じ場合は省略可能)		
備 考	別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。 年 月 日 草津市長 宛 申請者 住 所 氏 名 児との続柄			
申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日	

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。
記載上の注意
・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

別添 2 3－2
様式第 2 号（第 3 条第 1 項関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書				
児	ふりがな氏 名	生年 月 日	年 月 日	
	住 所 地郵便番号	個人 番号		
	現 在 地郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏 名	児との 続 柄		
	居 住 地郵便番号 電話	個 人 番 号		
被保険者等の 記号および番号		保 険 者 等 の 名 称		
希望する指定養育医療機関の名称および所在地		(所在地は乳児の現在地と同じ場合は省略可能)		
備 考	別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。 年 月 日 草津市長 宛 申請者 住 所 氏 名 児との続柄			
申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日	

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。
記載上の注意
・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

別添 2 4－1

別記 様式第 1 号（第 5 条第 2 項関係）	草津市受診料免除申請書兼役務関係資料閲覧承諾書
草 津 市 長 宛	年 月 日
草津市健康診査受診料徴収規則第 5 条第 2 項の規定により、受診料を免除されるよう下記のとおり申請します。 なお、草津市健康診査受診料免除のために、健康増進課長が私の世帯の役務関係資料を閲覧することを承諾します。	
申請者（受診者） 下記～④	
住 所 草津市	
氏 名	
生年月日 S・H 年 月 日（満 歳）	
電話番号 — —	

1. 免除を希望する健康診査（個別・集団いずれか一方のみ）					
希望項目	健康診査の種類（免除申請対象年齢）	受診料	期間	受診日	受診時期
メタボ予防健康診査	◆ブレ特定健康診査（19～39歳）	（個別） 1,900円 （集団） 1,400円			年 月 日
健康診査	◆生活保護受給者健康診査（40歳以上） （医療従事者は除く）	1,900円			年 月 日
	◆珍化センター健康診査（19～64歳）				年 月 日
	肝炎ウイルス検査（40～64歳） クーポン対象 □	（個別） 1,000円 （集団） 600円	年 月 日	※受診は1回のみです。	年 月 日
	肺がん・結核検査（10～64歳）	（個別） 700円 （集団） 400円 （※検体検査が必要な人は、合計1,500円）	年 月 日		年 月 日
	人乳がん検査（49～69歳）	（個別） 500円 （集団） 300円	年 月 日		年 月 日
	胃がん検査（50～69歳） 〔胃内観察もしくはバリウム検査 いずれかののみ〕	胃内観察 3,100円 胃内観察 2,300円 胃内観察 1,700円	年 月 日	※受診は2年度に1回です。	年 月 日
	子宮頸がん検査（20～69歳） クーポン対象 □	（個別） 1,800円 （集団） 1,400円	年 月 日	※受診は2年度に1回です。	年 月 日
	乳がん検査 クーポン対象 □	40歳～49歳 （個別） 1,900円 （集団） 1,300円 50歳～69歳 （個別） 1,400円 （集団） 1,200円	年 月 日	※受診は2年度に1回です。	年 月 日
	糖尿病健康診査（40・50・60歳）	1,000円	年 月 日		年 月 日
	経緯書健康診査	1,000円	年 月 日		年 月 日

2. 免除理由	① 生活保護法により保護を受けている世帯 ② 市民税の前年度世帯または免除世帯
代理人または成年後見人 氏名	(捺印)
電話番号	
【確認事項（免除申請時のみ）】	
1) 令和 年1月1日時点、草津市で住民基本台帳登録をされていますか？（はい・いいえ）	
2) 令和 年度の市民税課税状況（令和 年1月1日時点）で、同居世帯の方 全員が免除対象になっていますか？（はい・いいえ）	
3) 草津市税務課にて市民税の申告を済ませていますか？（はい・いいえ）	
免状以外の特例に該当する場合	住所： 氏名： （理由：）
	□本人確認 免許証・顔写真・ 資格確認書 顔写真・身体・他（ ） □代理人確認 免許証・顔写真・ 資格確認書 顔写真・身体・他（ ） □代経補填 るに、受診者の 本人 前記書類（免許証・顔写真・ 資格確認書 ・身体・顔写真・ 資格確認書 ） （理由：）

別添24-2

別記

様式第1号(第5条第2項関係)

草津市受診料免除申請書審査役務課資料閲覧室宛書

草津市長 宛
年 月 日

草津市健康診査受診料徴収規則第5条第2項の規定により、受診料を免除されるよう下記のとおり申請します。
なお、草津市健康診査受診料免除のために、健康増進課長が私の世帯の所得割係資料を閲覧することを承諾します。

申請者(受診者)
〒525-0000
住 居 草津市
氏 名
生年月日 年 月 日 (満 歳)
電話番号 ー ー

記

1. 免除を希望する健康診査 (個別・集団いずれか一方のみ)

希望項目	健康診査の種類(免除申請対象年齢)	受診料	前回 受診日	受診時期
メタボ予防	◆ブレックファスト健康診査(19～39歳)	(個別) 1,900円 (集団) 1,400円		年 月 日
健康診査	◆生活習慣病予防健康診査(40歳以上) (保険加入者は除く)	1,900円		年 月 日
	◆特定センター健康診査(19～64歳)			年 月 日
肝炎ウイルス検診(40～64歳)	クーポン対象 □	(個別) 1,000円 (集団) 600円	年 月 日 ※受診は1回のみです。	年 月 日
肺がん・結核検診(50～64歳)		(個別) 700円 (等価検査が必要な人は、合計1,500円) (集団) 600円 (等価検査が必要な人は、合計700円)		年 月 日
大腸がん検診(40～69歳)		(個別) 500円 (集団) 300円		年 月 日
胃がん検診(50～69歳) 〔胃内視鏡もしくはバリウム検査 いずれかのみ〕	胃内視鏡 胃部エックス線	3,100円 (個別) 2,300円 (集団) 1,700円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
子宮頸がん検診(20～69歳)	クーポン対象 □	(個別) 1,300円 (集団) 1,400円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
乳がん検診	クーポン対象 □	40歳～49歳 (個別) 1,900円 (集団) 1,300円 50歳～69歳 (個別) 1,400円 (集団) 1,300円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
節自費科目健康診査(40・50・60歳)		1,000円		年 月 日
妊婦健診健康診査		1,000円		年 月 日

2. 免除理由 ① 生活保護法により保護を受けている世帯

② 市民税の非課税世帯または免除世帯

代理人または成年後見人 氏名 (続柄)

電話番号

【確認事項(免除理由②の場合)】

- 1) 令和 年1月1日時点、草津市で住民基本台帳登録をされていますか？ (はい・いいえ)
2) 令和 年度の市民税課税状況(令和 年1月1日時点)で、同世帯の方 全員が免除対象になっていますか？ (はい・いいえ)
3) 除却前被控除額にて市民税の世帯を減額していますか？ (はい・いいえ・いいえ)

現住所以外の 住所に送付を 希望する場合	住所:	□本人確認 免許証・保険・ 健康証 、終等 身障・他()	□代理人確認 免許証・保険・ 健康証 、終等 身障・他()
	氏名:	□代理権確認 委任状・受診者の 健康証 、終等 健康証 ・身障・クーポン・製薬はがき・他()	
	理由:		

別添25-1

様式第2号(第2条関係)

(大)

45センチメートル

自転車等放置禁止区域

③

草津市

(草津駅東口付近)
(草津駅西口付近)

放置禁止区域内の自転車等は「草津市自転車等駐車秩序の確立に関する条例」第10条の規定に基づき、次の保管場所に移しました。

移動日

年 月 日 年 月 日
年 月 日 年 月 日

撤去自転車等の返還要領

返還場所

草津市西沢川一丁目10番31号

返還日時

火・木・土・日曜日の午後2時～午後7時
(保管期間は2か月間)
保管期間経過後は処分します。

返還に必要なもの

西沢川保管所

電話077-567-5765

① 印鑑

② 身分を証明するもの(運転免許証・学生証・**健康保険の資格確認書**等)

③ 自転車等の鍵・保証書・自転車等を特定できるもの

④ 移動・保管費用として1台につき自転車3,000円バイク4,000円
(当該保管期間が1か月を超える場合は、それぞれ6,000円・8,000円)

撤去自転車等の処分について

撤去自転車等は、2か月間保管します。
この間に返還請求のない自転車等は、市において処分します。

草津市都市計画部交通政策課

電話077-561-2343

180センチメートル

別添 2 5 - 2

様式第2号(第2条関係)

(大)			
45センチメートル			
自転車等放置禁止区域			
③			
草 津 市			
(草津駅東口付近) (草津駅西口付近)			
放置禁止区域内の自転車等は「草津市自転車等駐車秩序の確立に関する条例」第10条の規定に基づき、次の保管場所に移動しました。			
移 動 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
撤去自転車等の返還要領			
返 還 場 所		西 渋 川 保 管 所	
草津市西渋川一丁目10番31号			
返 還 日 時			
火・木・土・日曜日の午後2時～午後7時			
(保管期間は2か月間)			
保管期間経過後は処分します。			
返 還 に 必 要 な も の		電話567-5765	
① 印鑑			
② 身分を証明するもの(運転免許証・学生証・健康保険証等)			
③ 自転車等の鍵・保証書・自転車等を特定できるもの			
④ 移動・保管費用として1台につき自転車3,000円バイク4,000円 (当該保管期間が1か月を超える場合は、それぞれ6,000円・8,000円)			
撤去自転車等の処分について			
撤去自転車等は、2か月間保管します。 この間に返還請求のない自転車等は、市において処分します。			
草津市都市計画部交通政策課 電話561-2343			

別添26-1
別記
様式第1号(第10条第1号関係)
国民健康保険被保険者異動届

滋賀県草津市草津市長宛

届出年月日		異動事由		届出人						
異動年月日		異動区分		TEL()						
先元	住所	住	世帯主							
No	氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号	マイナ保険証利用記録の有無 (資格喪失時はチェック不要)	介護	高齢受給者	学達	摘要
1						☐ 有 ☐ 無				
2						☐ 有 ☐ 無				
3						☐ 有 ☐ 無				
4						☐ 有 ☐ 無				
5						☐ 有 ☐ 無				
6						☐ 有 ☐ 無				
7						☐ 有 ☐ 無				
8						☐ 有 ☐ 無				
備考										
確認事項 (該当記号に○) ア、離職票 イ、退職証明証等 ウ、事業所で確認 エ、社保確認 オ、任意継続資格確認書 カ、厚生年金(社会保険)資格取得・喪失届出書 キ、その他()										
資格確認書等		1. 交付		取扱者		データ入力				
		2. 修正								
		3. 回収								
本人確認措置						届出人確認				
番号確認・身元(実存)確認						1. 免許証 2. パスポート 3. 資格確認書 4. マイナンバーカード 5. その他()				
代理権確認										

別添26-2
別記
様式第1号(第10条第1号関係)
国民健康保険被保険者異動届

滋賀県草津市草津市長宛

届出年月日		異動事由		届出人							
異動年月日		異動区分		TEL()							
先元	住所	住	世帯主								
No	氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号	退職	介護	高齢受給者	学達	年金	摘要
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
備考											
確認事項 (該当記号に○) ア、離職票 イ、退職証明証等 ウ、事業所で確認 エ、社保確認 オ、任意継続保険証 カ、厚生年金(社会保険)資格取得・喪失届出書 キ、その他()											
保険証		1. 交付		取扱者		データ入力					
		2. 修正									
		3. 回収									
年金手帳				本人確認措置				届出人確認			
1. 交付				番号確認・身元(実存)確認				1. 免許証 2. パスポート 3. 保険証			
2. 修正				代理権確認				4. その他()			

別添 2 7－1

様式第 2 号（第 1 0 条第 2 号関係）

国民健康保険法第 1 1 6 条 該当・非該当 届

被保険者 記 号 番 号		該当届 年月日	年 月 日	
被 保 険 者	氏 名			世帯主 と の 続 柄
	個人番号 (マイナンバー)			
	住 所			
学 校	名 称			
	所 在 地			
	修 学 年 限	在学年		
上記のとおり在学証明書を添えて届けます。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ()				

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 2 7－2

様式第 2 号（第 1 0 条第 2 号関係）

国民健康保険法第 1 1 6 条 該当・非該当 届

被保険者証 記 号 番 号		該当届 年月日	年 月 日	
被 保 険 者	氏 名			世帯主 と の 続 柄
	個人番号 (マイナンバー)			
	住 所			
学 校	名 称			
	所 在 地			
	修 学 年 限	在学年		
上記のとおり在学証明書を添えて届けます。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ()				

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 2 8－1

様式第 3 号（第 1 0 条第 3 号関係）

⑬資格確認書交付申請書

被 保 険 者 記 号 番 号				
被 保 険 者	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)			
交 付 申 請 の 理 由				
施 設 入 所 の 場 合	名 称			
	所在地			
旅行・出稼ぎ 等の場合	目的地			
住 所 を 離 れ る 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
上記のとおり申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ()				

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添28-2
様式第3号（第10条第3号関係）

㊦被保険者証交付申請書

被保険者証の記号番号			
被保険者	氏名		性別男・女
	生年月日	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		
交付申請の理由			
施設入所の場合	名称		
	所在地		
旅行・出稼ぎ等の場合	目的地		
住所を離れる期間		年 月 日から 年 月 日まで	
上記のとおり申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住所 氏名 電話番号 ()			

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添29-1

様式第4号（第10条第4号関係）

国民健康保険法施行規則第27条の5の5 該当届

被保険者 記号番号		該当届 年月日	年 月 日	
被 保 険 者	氏名		世帯主 との 続柄	
	個人番号 (マイナンバー)			
	住 所			
原子爆弾被爆者 に対する援護に 関する法律の規 定による医療等 の名称				
上記のとおり原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等を受けることができる者であることを証する書面を添えて届けます。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住所 氏名 電話番号 ()				

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添29-2

様式第4号（第10条第4号関係）

国民健康保険法施行規則第5条の9 該当届

被保険者証 記号番号		該当届 年月日	年 月 日	
被 保 険 者	氏名		世帯主 との 続柄	
	個人番号 (マイナンバー)			
	住 所			
原子爆弾被爆者 に対する援護に 関する法律の規 定による医療等 の名称				
上記のとおり原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等を受けることができる者であることを証する書面を添えて届けます。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住所 氏名 電話番号 ()				

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添30-1

様式第5号（第10条第5号関係）

国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書

年 月 日	
草津市長 宛	
住 所 申請者氏名 電話番号 ()	

下記のとおり再交付を申請します。
なお、紛失の場合に生ずる事項等に関しては、一切私が責任をもって処理し、貴職に対しては何等の御迷惑もおかけしません。

記

	被保険者 氏名	性別	生年月日	個人番号 (マイナンバー)	続 柄	申請理由	再発行するもの
1			年 月 日		主	・破損 ・紛失 ・未到達	・資格確認書 ・資格情報の お知らせ
2			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・資格確認書 ・資格情報の お知らせ
3			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・資格確認書 ・資格情報の お知らせ
4			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・資格確認書 ・資格情報の お知らせ
5			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・資格確認書 ・資格情報の お知らせ

※申請理由および再発行するものの該当するものに○をつけてください。

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 3 0－2

様式第 5 号（第 1 0 条第 5 号関係）

国民健康保険被保険者証・高齢者受給者証再交付申請書

年 月 日

草津市長 宛

住 所
申請者氏名
電話番号 （ ）

下記のとおり再交付を申請します。
なお、紛失の場合に生ずる事項等に関しては、一切私が責任をもって処理し、貴職に対しては何等の御迷惑もおかけいたしません。

記

	被保険者 氏名	性 別	生年月日	個人番号 (マイナンバー)	続 柄	申請理由	再発行する証
1			年 月 日		主	・破損 ・紛失 ・未到達	・被保険者証 ・高齢者 受給者証
2			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・被保険者証 ・高齢者 受給者証
3			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・被保険者証 ・高齢者 受給者証
4			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・被保険者証 ・高齢者 受給者証
5			年 月 日			・破損 ・紛失 ・未到達	・被保険者証 ・高齢者 受給者証

※申請理由および再発行する証の該当するものに○をつけてください。

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 3 1－1

様式第 6 号（第 1 6 条関係）

国民健康保険基準収入額適用申請書

年 月 日

草津市長 宛

下記のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		被保険者 記号・番号	
	氏 名		個人番号 (マイナンバー)	
	生年月日		電話番号	()
	住 所			

氏 名				
生年月日				
年 中 の 収 入	① 公的年金：注 1 (老齢基礎年金等)	円	円	円
	② 給付 (パート収入等含む)	円	円	円
	③ 年金・給付以外の収入 () 収入	円	円	円
	④ 年金・給付以外の収入 () 収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

注 1：公的年金には、老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職共済年金等を含みます。（遺族年金等は除きます。）

- ・市民税が課税されている・いないにかかわらず、御本人および同じ世帯におられる 7 0 歳以上の国民健康保険被保険者の方のそれぞれの収入額を公的年金・給付・その他の収入に分けて御記入ください。
- ・収入額は全て御記入ください。ただし、退職金および公租公課の対象とならない収入（障害または遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。なお、収入とは経費を引く前の金額です。
- ・公的年金等源泉徴収票、給付源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金および給付と収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。ただし、1 月 1 日において、草津市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類不要です。
- ・なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

国民健康保険基準収入適用の申請に当たり、私を含む該当世帯員の所得の内容を草津市保険年金課が草津市税務課に確認することを承諾します。

年 月 日

住 所
氏 名

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 3 1－2

様式第 6 号（第 1 6 条関係）

国民健康保険基準収入額適用申請書

年 月 日

草津市長 宛

下記のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		被保険者証 記号・番号	
	氏 名		個人番号 (マイナンバー)	
	生年月日		電話番号	()
	住 所			

氏 名				
生年月日				
年 中 の 収 入	① 公的年金：注 1 (老齢基礎年金等)	円	円	円
	② 給付 (パート収入等含む)	円	円	円
	③ 年金・給付以外の収入 () 収入	円	円	円
	④ 年金・給付以外の収入 () 収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

注 1：公的年金には、老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職共済年金等を含みます。（遺族年金等は除きます。）

- ・市民税が課税されている・いないにかかわらず、御本人および同じ世帯におられる 7 0 歳以上の国民健康保険被保険者の方のそれぞれの収入額を公的年金・給付・その他の収入に分けて御記入ください。
- ・収入額は全て御記入ください。ただし、退職金および公租公課の対象とならない収入（障害または遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。なお、収入とは経費を引く前の金額です。
- ・公的年金等源泉徴収票、給付源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金および給付と収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。ただし、1 月 1 日において、草津市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類不要です。
- ・なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

国民健康保険基準収入適用の申請に当たり、私を含む該当世帯員の所得の内容を草津市保険年金課が草津市税務課に確認することを承諾します。

年 月 日

住 所
氏 名

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添32-1
様式第7号（第17条第1項関係）

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

草津市長 宛

年 月 日

下記のとおり申請します。

被保険者証記号番号	
世帯主	住所 氏名 生年月日 年 月 日 男・女 個人番号 (マイナンバー) 電話番号 ()
減額対象者	氏名 生年月日 年 月 日 男・女 個人番号 (マイナンバー) 世帯主 との続柄
長期入院	該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

別添32-2
様式第7号（第17条第1項関係）

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

草津市長 宛

年 月 日

下記のとおり申請します。

被保険者証記号番号	
世帯主	住所 氏名 生年月日 年 月 日 男・女 個人番号 (マイナンバー) 電話番号 ()
減額対象者	氏名 生年月日 年 月 日 男・女 個人番号 (マイナンバー) 世帯主 との続柄
長期入院	該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 入院をした保険医療機関等 名 称 所在地

※下記は記入しないでください。

保険税納付状況（70歳未満）	完納 ・ 未納有り
本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添33-1
様式第9号（第18条関係）

医療機関等コード

国民健康保険療養費・後期高齢者医療費支給申請書兼領収書

制度別 1 国保 本人・家族 7 後期高齢者

1 本人入院 2 本人外来 3 3歳未満入院 4 3歳未満外来 5 家族入院 6 家族外来 7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 9 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来

給付割合 7割 8割 9割

支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日

市町村番号

受給者番号

市町村名

氏名 生年月日 性 別 1 男 2 女

前記番号（マイナンバー） 電話番号

海外療養費区分 1 長期療養区分 2 補装具 3 所得区分等 1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 3月超

種類 1 診療費 1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 1 9 柔整・はり きゅう・あんまマッサージ 2 補装具 4 あんま マッサージ 5 はり・灸 7 移送 8 その他

療養（医療）に要した費用 日 数 金 額 業 剤 一 部 負 担 金 一 部 負 担 金

食事療養費 日 数 金 額 標準負担額

傷 病 名

発症または負傷の原因 経過 年月日 1. 第三者行為（交通事故） 2. その他（自他事故・疾病等）

診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称および所在地

診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

上記のとおり療養（医療）に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ()

上記支給決定額を領収いたしました。 年 月 日 印

払込希望 金融機関 銀行 信用金庫 農協 支店 信用金庫 農協 出所 2 普通預金 1 当座預金

国保法第54条、確保法第77条 備考

本人確認措置 番号確認・身元（実存）確認・代理権確認 受付担当者

別添33-2
様式第9号（第18条関係）

医療機関等コード

国民健康保険・退職者療養費・後期高齢者医療費支給申請書兼領収書

制度別 1 国保 本人・家族 4 退職 7 後期高齢者

1 本人入院 2 本人外来 3 3歳未満入院 4 3歳未満外来 5 家族入院 6 家族外来 7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 9 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来

給付割合 7割 8割 9割

支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日

市町村番号

受給者番号

市町村名

氏名 生年月日 性 別 1 男 2 女

前記番号（マイナンバー） 電話番号

海外療養費区分 1 長期療養区分 2 補装具 3 所得区分等 1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 3月超

種類 1 診療費 1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 1 9 柔整・はり きゅう・あんまマッサージ 2 補装具 4 あんま マッサージ 5 はり・灸 7 移送 8 その他

療養（医療）に要した費用 日 数 金 額 業 剤 一 部 負 担 金 一 部 負 担 金

食事療養費 日 数 金 額 標準負担額

傷 病 名

発症または負傷の原因 経過 年月日 1. 第三者行為（交通事故） 2. その他（自他事故・疾病等）

診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称および所在地

診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

上記のとおり療養（医療）に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ()

上記支給決定額を領収いたしました。 年 月 日 印

払込希望 金融機関 銀行 信用金庫 農協 支店 信用金庫 農協 出所 2 普通預金 1 当座預金

国保法第54条、確保法第77条 備考

本人確認措置 番号確認・身元（実存）確認・代理権確認 受付担当者