

後期高齢者福祉医療費受給者証等交付・更新申請書

年 月 日

碧南市長 様

住所

申請者 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を申請します。

	受給者番号	宛名番号		
受給資格者	住所			
	フリガナ 氏名	性別	生年月日	
	被保険者番号			
	保険者の名称	愛知県後期高齢者医療広域連合		
生計維持者	住所			
	氏名	生年月日	T・S・H	年 月 日
	(続柄:)	電話	()	-
認定要件	1	介護保険証 要介護状態 ア 要介護4 イ 要介護5 [認定の有効期間] (. . ~ . .)		
	2	生活介護を3ヶ月以上継続して受けているか。 ア 受けている イ 受けていない		
	3	碧南市在宅ねたきり高齢者等福祉手当を受けているか。ア 受けている イ 受けていない 支給を受けることになった年月日 (. .)		
	4	世帯の主たる生計継続者が非課税か。 ア 課税 イ 非課税		
	5	受給対象者が非課税か。 ア 課税 イ 非課税		
委任状兼同意書	<p>私は、後期高齢者医療高額療養費及び高額介護合算療養費の調査及び受領に関する権限を碧南市に委任します。また、私に保険者から直接高額療養費又は高額介護合算療養費が支払われた場合、碧南市に当該金額を返納すること、並びに受給資格の決定のために必要があるときは、私及び世帯員の所得状況及びすべての戸籍について、確認事務を行うことに同意します。また、親族から扶養されているかの調査に同意します。</p> <p style="text-align: right;">受給者氏名 _____</p>			
その他	この申請書の内容に誤り等があり、後期高齢者福祉医療受給資格の認定条件に当たらないことが判明した場合は、この申請書に伴う後期高齢者福祉医療受給資格を取り消されても異議は申し立てません。			
備考	取得年月	年 月 日		受付
	有効期限	年 月 日		
	・仕送り等の状況 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (詳細) ・判定 <input type="checkbox"/> 1と2 <input type="checkbox"/> 3 (※4と5は必須)に該当			

非課税寝たきり・認知症