

健康管理費支給申請書

(あて先)京都市長										年 月 日					
京都市重度障害老人健康管理費支給制度実施要綱第5条の規定により、健康管理費の支給を申請します。															
申請者	(受給対象者)	住所	京都市 区										電話(- -)		
		フリガナ											生 年 月 日		
		氏名											☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和		
		前住所													
配偶者	住所	☐ 申請者に同じ										電話(- -)			
	氏名											生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成		
扶養義務者	住所	☐ 申請者に同じ										電話(- -)			
	氏名	受給対象者との続柄()										生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
扶養義務者	住所	☐ 申請者に同じ										電話(- -)			
	氏名	受給対象者との続柄()										生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
扶養義務者	住所	☐ 申請者に同じ										電話(- -)			
	氏名	受給対象者との続柄()										生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
☐ 次のいずれかに該当する扶養義務者(受給対象者の直系血族及び兄弟姉妹)の全員を扶養義務者欄に記載した。 ・受給対象者と同居している者(住民票は別世帯の者も含む) ・同居していないが受給対象者を税法上の控除対象扶養親族として申告している者															
身体障害者手帳	手帳番号	(第 号)	交付年月日	(昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日)	等級(判定)	変更年月日	年 月 日	等級判定	級						
療育手帳	手帳番号	(第 号)		(昭和 年 月 日 平成 年 月 日)			年 月 日		☐ A ☐ B						
精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	(第 号)		(昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日)			年 月 日		級						
☐ (現在の精神障害者保健福祉手帳の等級が2級の場合) 直近の更新前は手帳の等級が1級であった。															
障 害 名								認定 期限	年 月						
後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号															
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるか否か				受けられる 受けられない		制 度 名 ()			費用徴収の有無 有 ・ 無						
金融機関		銀行 支店 金庫 組合 (支店コード)													
振込口座		預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄	フリガナ 口座名義											

審査結果備考	☐ 資格認定(年 月 日から) 認定事由 ☐ 身体障害(身体障害者手帳1, 2級) ☐ 知的障害(IQ35以下) ☐ 精神障害(精神障害者保健福祉手帳1級) ☐ 精神障害(精神手帳が直近の更新で1級→2級) ☐ 重複障害(IQ50以下+身体手帳3級) ☐ 重複障害(精神手帳2級+身体手帳3級) ☐ 重複障害(精神手帳2級+IQ50以下)	左記のとおり決定する。 年 月 日									
		課 長		係 長		係 員					
		認定番号									
	☐ 却 下 却下理由	認定(却下)通知書送付日 年 月 日									
	処理 払出簿 台 帳 連絡票										

同意書

(あて先) 京 都 市 長

京都市重度障害老人健康管理費支給制度実施要綱第3条第1項の(4)に関する所得調査(新規・更新)に同意します。

委任状

京都府内所在の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び施術所等（以下「協力医療機関等」という。）の長に対して、次の事項を委任します。

私が、京都市重度障害老人健康管理費支給制度の資格を喪失するまでの間に、京都市から給付を受ける京都市重度障害老人健康管理費支給制度給付金の請求及び受領に関すること。

ただし、私が、京都府内所在の協力医療機関等において、健康管理指導を受け、京都市から重度障害老人健康管理費支給制度給付金が受けられる場合であって、協力医療機関等の長と私との間に金銭貸借関係がある場合に限ること。

なお、上記により請求及び受領した重度障害老人健康管理費支給制度給付金については、金銭貸借関係の清算金に充当されたいこと。

年 月 日

受給対象者	住 所
	氏 名
配 偶 者	住 所
	氏 名
扶養義務者	住 所
	氏 名
扶養義務者	住 所
	氏 名
扶養義務者	住 所
	氏 名

※ 京都市記入欄

所 得 状 況 確 認 欄											
所得状況		受 給 対 象 者		配 偶 者		扶 養 義 務 者		扶 養 義 務 者		扶 養 義 務 者	
所得の内訳		人		人		人		人		人	
控除対象配偶者及び 扶養親族の合計数		(老配 人、老扶 人)〔特扶 人〕		(老扶 人)		(老扶 人)		(老扶 人)		(老扶 人)	
前 年 の 所 得 額		円		円		円		円		円	
控	雑 損	円		円		円		円		円	
	医 療 費	円		円		円		円		円	
	社会保険料(受給対象者) 一律控除(配偶者、扶養義務者)	円		80,000 円		80,000 円		80,000 円		80,000 円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円		円		円	
	配 偶 者 特 別	円		円		円		円		円	
	障害者(特別障害者を除く。)で ある控除対象配偶者及び扶養親 族の合計数	人		人		人		人		人	
		円		円		円		円		円	
	特別障害者である控除対象 配偶者及び扶養親族の合計 数	人		人		人		人		人	
	円		円		円		円		円		
除	障害者、特別障害者、 寡婦、ひとり親、勤労学 生の別	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひ親 ☐ 勤	円	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 勤	円	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひ親 ☐ 勤	円	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひ親 ☐ 勤	円	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひ親 ☐ 勤	円
	本年の災害・医療費	円		円		円		円		円	
	給与所得又は公的年金等に係る 所得を有する者に対する控除	円		円		円		円		円	
控 除 後 の 所 得 額		円		円		円		円		円	

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者 番 号		氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる

(制度名 ー) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けられない

(あて先)

京都府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

高額療養費及び高額介護合算療養費に係る代理受領委任状

京都府の区域内に所在する保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び施術所等(以下「協力医療機関等」という。)の長、並びに京都市長に対して、次の事項を委任します。

私が、京都市重度障害老人健康管理費支給制度の資格を喪失するまでの間に、京都府後期高齢者医療広域連合から給付を受ける高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法第85条に規定する高額介護合算療養費の受領に関すること。

ただし、私が、協力医療機関等において健康管理指導を受け、京都市から重度障害老人健康管理費支給制度給付金が受けられる場合であって、協力医療機関等の長と私との間に金銭貸借関係がある場合に限ること。

(あて先)

京都府後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

(委任者)

住所

氏名