重度心身障害老人健康管理事業
対 象 者 認 定 等 申 請 書

決裁	課長	係長	担当

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日	
	氏名					
	住所	宇治市				
	被保険者番号			後期高齢者医療保険者番号		
配偶者	氏名		扶養義務者	氏名		
	住所			住所		

障害の状態

○ ・身体障害者手帳　　級　　・交付年月日　年　月　日
　 ・内容　　・手帳番号
　 ・次回判定日　年　月　日

○ ・療育手帳〔　　〕　・判定年月日　年　月　日
　 ・次回判定日　年　月　日　・手帳番号

○ ・その他（　　）

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、健康管理費の受給資格の認定及び健康管理費の受給決定を行うに際し、私に係る課税状況、医療保険加入状況、障害状況その他必要な事項に関する調査を市長が行うことについて、

（ ・ 同意します。
 ・ 同意しません。 ）

年　月　日

宇 治 市 長 あて

住　所

申請者

電話番号（　　）　—

氏　名　　印

受領		受領印			
	・申請者と同じ ・受取者（　　）		オンライン処理	年　月　日	
			証交付 ・ 回収	年　月　日	

（注）
1 転入等により、所得に関する情報が宇治市にない場合は市町村民税の課税証明書等、上記の照会（閲覧）に同意されない場合は住民票、市町村民税の課税証明書等の提出が必要となります。
2 押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。