

四日市市告示第189号

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和8年3月31日

四日市市長 森 智 広

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱の一部を改正する要綱
四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱（昭和58年四日市市告示
第7号）の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

四日市市65歳以上障害者医療に関する申請書

四日市市長

以下のとおり65歳以上障害者医療費について申請します。

年 月 日

申請の種類		<input type="checkbox"/> 受給資格の認定 <input type="checkbox"/> 金融機関の変更 <input type="checkbox"/> 助成金の交付 <input type="checkbox"/> 配偶者の変更 <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更									
申請者 (対象者)	ふりがな										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	性別	男・女					
	個人番号										
		住所		四日市市							
				日中連絡のつく電話：							

代理申請 のとき	代理人 氏名					続柄	代理人 住所				
								日中連絡のつく電話：			

配偶者	ふりがな										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	性別	男・女					
	個人番号										
		住所		<input type="checkbox"/> 申請者（対象者）と同じ							
				日中連絡のつく電話：							

配偶者以外の 同居親族 (扶養義務者)	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
	氏名						氏名					
	個人番号						個人番号					
	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
	氏名						氏名					
	個人番号						個人番号					
	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
	氏名						氏名					
個人番号						個人番号						

振込口座	<input type="checkbox"/> 障害者医療と同じ口座									
	銀行	支店	店番号	ふりがな						
	金庫	支所	普通	口座番号						
	農協	出張所		口座名義人						

助成金の交付 (住所地特例用)	診療年月	年	月分	医療機関名	金額 (保険適用分のみ)	円	※領収書添付要
--------------------	------	---	----	-------	-----------------	---	---------

この認定に際し、私及び配偶者、扶養義務者の世帯情報、所得・課税状況、住所要件、医療保険加入状況等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。また、助成を受けるために医療機関並びに、加入医療保険の保険者に対して四日市市が私の受診状況等について調査することを承諾します。

助成金の支給において、既に支給した助成金の過払いがある場合は、相殺を受けることに同意します。

年 月 日

氏名
(対象者)

印
(自署又は
記名押印)

【特定扶養親族等確認欄】前年または前々年の12月31日時点で16歳以上19歳未満であった税法上の扶養親族が いる いない

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱に定める様式は、改正後の四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(健康福祉部障害福祉課)