

重度心身障害老人健康管理事業対象者認定申請書兼台帳

対 象 者	氏名	フリガナ						個人番号					
	住所	電話 — —						身体障害者手帳	療育手帳				
	生年月日	年	月	日	後期高齢者医療被保険者番号			精神障害者保健福祉手帳					
								等級		交付番号	第		号
								交付年月日		年	月	日	
							障 害 名						

上記のとおり重度心身障害老人健康管理事業対象者の認定を申請します。また、この申請をもって翌年度以降の更新も併せて申請したものとします。
 なお、この認定申請を行うに当たり、所得状況の審査(毎年度更新を含む。)のため私及び私の世帯に関して所得の調査をされることに同意します。

年 月 日 (自治会名)
 福 知 山 市 長 様
 住 所 福 知 山 市
 氏 名

この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市重度心身障害老人健康管理事業に係る事務に利用します。 ※下欄は、記入しないでください。

確 認 公 簿 名	住 民 基 本 台 帳	確認者	取扱者	処 理	健管台帳 入 力	. .	決 裁	<input type="checkbox"/> 該 当	課 長	課長補佐	係 長	係
	後期高齢者医療被保険者台帳				担 当 者				<input type="checkbox"/> 非 該 当			
	身 体 障 害 者 等 台 帳							認 定 決 裁 日	年 月 日			
	そ の 他 ()							資 格 取 得 日	年 月 日			
シール 受 領 確 認	備考						番号確認 () 実存確認 ()					