様式第1号（第4条関係）

重度心身障害老人健康管理事業対象者認定申請書

対象者	フリガナ		手帳情報		
	氏名		□ 身体障害者手帳		□ 療育手帳
			□ 精神障害者保健福祉手帳		□ その他
	生年月日	年　月　日	等級		
	個人番号		交付番号	第　号	
	被保険者番号		交付年月日	年　月　日	

上記のとおり、重度心身障害老人健康管理事業の対象者として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

福知山市長　様　【申請者】（下記のいずれかにチェックしてください）

□ 上記対象者が申請する場合（電話欄のみ記入）

□ 上記対象者以外の者が代理人として申請する場合（全て記入）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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９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。

※下記は記載しないでください。

確認公簿名	□ 住民基本台帳 □ 後期高齢者医療被保険者台帳 □ 身体障害者手帳等台帳 □ その他（　）	確認者	決裁	□ 該当 □ 非該当	課長	課長補佐	係長	係
処理	台帳入力	・　・		認定決裁日	年　月　日			
	担当者			資格取得日	年　月　日			
				番号確認				
				実存確認				

備考