障がい者医療証・入院時食事代 助成証明書　交付申請書・異動届・資格喪失届

（提出先）大阪市長

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

申請者

現住所	・住所の異動がない場合、こちらの欄のみ記入してください。　□自宅　□施設　□病院 ・住所地特例による申請は、裏面記載事項への誓約・同意が必要です。　□その他（　　） 〒 区　　丁目　　番　　号
旧住所	
1月1日現在	・現住所または旧住所と異なる場合のみ記入してください。　□ 現住所と同じ　□ 旧住所と同じ

届出年月日	届出事由（該当する届出の□にチェックを付けてください）			
	資格取得	資格喪失	変更	再交付とその理由
令和　年　月　日	□障がい該当	□死亡	□住所変更	□破損
	□区間転入	□区間転出	□氏名変更	□汚損
	□市外転入	□市外転出	□保険変更	□紛失
	□生活保護廃止・停止	□生活保護開始	□取得日変更	□その他
	□所得制限解除	□所得制限該当	□喪失日変更	
	□	□	□食事ありへ変更	
	□	□	□食事なしへ変更	

連絡先	
電話（自宅）	
日中の連絡先	

医療証受給者番号		異動年月日	令和　年　月　日

フリガナ 氏	フリガナ 名	生年月日	氏名変更の場合 変更前の氏名	（右記の同意事項①に同意のうえ記入） 個人番号
		大 昭 平 令　年　月　日		

申請にあたっての同意事項

□ ① 大阪市が資格の認定及び医療証更新に必要な公簿（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）の閲覧・照会を行い、当申請書に補記することに同意します。

□ ② 資格がなくなってから医療証を使用したときは、助成額を大阪市に返金することを誓約します。

□ ③ 入院時食事代助成証明書を附帯した医療証を申請するにあたり、私が入院時食事代の助成資格を失った場合は、本申請が入院時食事代助成証明書を附帯していない医療証への切替申請を兼ねることに同意します。

扶養親族

令和　年分所得税にかかる扶養親族のうち、16歳以上19歳未満の方について記入してください。

氏名　　生年月日　・　・　　氏名　　生年月日　・　・

加入医療保険の状況

保険の種類	□国民健康保険　□後期高齢者医療 □国民健康保険組合　□社会保険	保険適用後の負担割合	3・2・1　割
記号・番号	記号　　番号	被保険者名	
保険者番号		保険該当日	昭 平 令　年　月　日
保険者名			
所得区分		療養付加給付	有　・　無
入院時食事代の減額認定証発効日　※1		令	年　月　日

障がいの状況 ※2

事由	等級・程度	手帳等番号	手帳等交付年月日	障がい種別
身体	1級　2級		昭 平 令　年　月　日	視　聴　肢　内
知的	重度（A）		昭 平 令　年　月　日	喪失年月日
合併	3級,4級,5級,6級かつ中度（B1）		昭 平 令　年　月　日	令　年　月　日
精神	1級		昭 平 令　年　月　日	意見書を提出の場合
難病	□A（※2参照） □B（※2参照）	□障がい年金1級（9号） □特別児童扶養手当1級(9号) □意見書	昭 平 令　年　月　日	主治医氏名など

※1 入院時食事代 助成証明書を申請される方は、ご加入の健康保険から交付される限度額適用・標準負担額減額認定証の発効日を記載してください（大阪市国民健康保険、大阪市で大阪府後期高齢者医療に加入の方は不要）。

※2 該当事由について記載してください。合併の手帳等番号欄には、身体障がい者手帳及び療育手帳について記載してください。また、難病に関するAは特定医療費（指定難病）受給者証、Bは特定疾患医療受給者証です。

区役所記入欄

□本人申請　□代行申請（□委任状　□同一世帯家族）	本人確認書類等	□個人番号カード　□運転免許証　□旅券　□その他（　　）
保険資格情報の確認	□マイナ保険証（□マイナンバー情報連携　□資格情報のお知らせ　□マイナポータル資格情報画面）	□資格確認書　□高齢受給者証　□限度額適用・標準負担額減額認定証

（提出先）大阪市長

この面は、住所地特例制度（大阪府内の大阪市外にある施設・病院に住所を移す場合）により
大阪市の障がい者医療証の申請を行う方のみ記入してください。

誓約事項

次のいずれかの条件に該当した時は、速やかに医療証発行元の区役所に届出を行うことを誓約します。また、大阪市から医療証の発行を受ける資格要件を満たさなくなった場合は、速やかに医療証発行元の区役所に医療証を返還し、医療証を使用しないことを誓約します。

- ☐ **住所を変更したとき（医療証の発行元が変更になる場合があります。）**
- ☐ **生活保護を受給するとき（医療費助成の対象外になります。）**
- ☐ **国民健康保険または後期高齢者医療保険を脱退したとき**
  （医療証の発行元が大阪市でなくなります。）
- ☐ **所得の更正があったとき**
  （所得が資格要件を満たさなくなったときは医療費助成の対象外になります。）
- ☐ **身体障がい者手帳等の等級が変更になったとき**
  （障がい等級が資格要件を満たさなくなったときは医療費助成の対象外になります。）

同意事項

大阪市は、申請者が大阪市の重度障がい者医療費助成資格要件を満たすことを確認するために関係市町村、住所地特例関係者から必要な個人情報を収集、またはこれらの者に個人情報を提供する場合があります。

私は、大阪市から重度障がい者医療費助成資格の認定を受けるにあたり
上記の誓約事項・同意事項について誓約・同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名

----------下記は区役所記入欄です----------

決裁				確認			区役所記入欄	証交付・訂正・回収状況		審査結果	☐ 該当　☐ 食事あり　☐ 食事なし　所得年度　　年				
課長	課長代理	担当係長	係員	住基等	所得	その他		☐ 交付	[　] 喪失取消		☐ 非該当　1 所得オーバー　2 その他				
								☐ 引替交付	[　] 異動保留	令和	年	月	日	入力	☐
								☐ 訂正	[　] 保留解除						
								☐ 回収							

［備考］