

福祉給付金資格者証を新規申請する場合は「確認申請書」に☑してください。すでに福祉給付金資格者証をお持ちの方について、資格の「変更」又は「喪失」の届出を行う場合は、「変更」又は「喪失」のいずれかに☑してください。

発生年月日（資格要件に該当した日、資格要件に変更のあった日又は資格が喪失する日）を記入し、申請（届出）理由を☑してください。

こちらの項目については窓口において聞き取り確認させていただきます。

該当する条件に☑してください。「ねたきり高齢者」又は「認知症高齢者」に該当する場合は介護保健法における4度又は5度の要介護認定を受けている方を除き「ねたきり状態届出書」又は「認知症状態」届出書が別途必要となります（届出書は担当窓口でお渡ししております。）また、医師の証明が必要となる場合があります。なお、申請及び変更の届出の際には、障害の種類・程度や要介護度等が確認できるもの（障害者手帳や介護保険証等）をご持参ください。「指定難病患者」に該当する場合は別途医師の証明が必要となります。

福祉給付金資格確認申請書の記載例

福祉給付金資格 [☑ 確認申請書
[☐ 変更 ☐ 喪失届
(宛先)名古屋市長

名古屋市福祉給付金の受給資格について、次のとおり申請(届出)します。なお、この申請について必要な場合、毎年名古屋市において市民税に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む)、資格条件及び健康保険等の加入状況を確認できる資料を確認されることに同意します。

申請日		年 月 日		資格者証番号													
申請者(対象者)	住所	名古屋市 千種区 ○○町2丁目974番地 ○○マンション 1棟201号															
	フリガナ	ナゴヤ タロウ															
	氏名	名古屋 太郎										電話番号		090-0000-0000			
	生年月日	昭和20年 8月 12日										個人番号					
理 由		☒ 新規(資格条件に該当・市外転入・その他()) ☐ 変更(資格条件の変更・氏名の変更・市内の住所変更・健康保険等の変更・その他()) ☐ 喪失(資格条件に非該当・市外転出・その他())															
発生年月日		令和6年 12月 2日															
対象者の前年の所得		☒ 有(所得 1,500,000円) ☐ 無															
市町村民税の課税状況		☒ 課税 ☐ 非課税															
対象者の届出する世帯の世帯主として増している者	氏 名	名古屋 太郎										対象者との続柄		本人			
	住 所	名古屋市 千種区 ○○町2丁目974番地 ○○マンション 1棟201号															
資 格 条 件		1 ☒ 障害者 ☒ 身体障害(種類 上肢 程度 1 級) ☐ 知的障害(程度 度) ☐ 精神障害(程度 級)有効期限(年 月 日) ☐ 自閉症状態 再判定年月(年 月) 2 ☐ 戦傷病者 3 ☐ ひとり親家庭等 4 ☐ 精神障害者 (精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による措置入院患者 5 ☐ 結核患者 (入院勧告により入院した結核患者等及びこれらと同等の要件を有する方 6 ☐ ねたきり高齢者 (ねたきり状態の始期 年 月 日) 介護保険の程度(要支援・要介護-1・2・3・4・5度・なし) 7 ☐ 認知症高齢者 (認知症の始期 年 月 日) 介護保険の程度(要支援・要介護-1・2・3・4・5度・なし) 8 ☐ 指定難病患者 特定医療費受給者証(有効期間 年 月 日~ 年 月 日)															
健康保険等の加入状況	記号番号		12345678														
	被保険者組合員世帯員	氏名	名古屋 太郎 [生年月日 昭和20年 8月 12日]										対象者との続柄		本人		
		住所	名古屋市 千種区 ○○町2丁目974番地 ○○マンション 1棟201号														
	保険者	保険者番号	39231014										自己負担割合		1 割		
名称		愛知県後期高齢者医療広域連合															
備考																	

(注) 該当する□の中にレ印をつけてください。
備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4とする。

決裁			資格審査	認定 ☐ 認下 ☐ 県 ☐ 市	受 理	
課長	課長補佐	担当者			取得・変更・喪失	・
					交付・回収	・
					受付	入力

福祉給付金の対象となる本人の住所・氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

前年(1~7月までの間は前々年)の所得をご記入ください。新規に申請をする場合、1月1日(1~7月までの間は前々年)の「所得金額」及び「所得控除額」が分かる所得証明書が必要になります。

ご加入の健康保険情報を確認のうえ記入ください。

備考欄以下は記入しないでください。