

福祉給付金資格確認申請書の記載例

福祉給付金資格者証を新規申請する場合は、「確認申請書」にチェック☑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」のいずれかにチェック☑してください。

発生日（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）理由をチェック☑してください。

加入している健康保険証をご確認のうえ、記入してください。
「枝番」は分からない場合は記入不要です。（後期高齢者医療被保険者である場合も記入不要です。）
なお、申請及び加入保険の変更の届出の際には、加入している健康保険証をご持参ください。

点線部以下は記入しないでください。

資格者証番号			
福祉給付金資格 <input checked="" type="checkbox"/> 確認申請書 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 喪失届			
(宛先) 名古屋市長		令和 年 月 日	
申請者(対象者)	住所	名古屋市緑区 ○○町3丁目1010番地 ○○荘 2棟103号	
(フリガナ) 氏名	名古屋 太郎		
生年月日	明治・大正・昭和 3 年 8 月 8 日		
電話	(052) ○○○-○○○○		
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）及び資格条件を確認できる資料を確認されることに同意します。			
理由	新規（変更後・喪失）		
発生日	対象者の前年の所得	<input checked="" type="checkbox"/> 有（所得 1,500,000 円） <input type="checkbox"/> 無	
R3年 4月 1日	市町村民税の課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
新規 <input checked="" type="checkbox"/> 資格条件に該当 <input type="checkbox"/> 市外転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）	対象者の属する世帯の生計を主として維持している者	氏名	名古屋 太郎
		住所	名古屋市緑区○○町3丁目1010番地 ○○荘2棟103号
変更 <input type="checkbox"/> 資格条件の変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内の住所変更 <input type="checkbox"/> 健康保険等の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）	資格条件	1 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害（種類 上肢 程度 1 級） <input type="checkbox"/> 知的障害（程度 度） <input type="checkbox"/> 精神障害（程度 級）有効期限（年 月 日） <input type="checkbox"/> 自閉症状群 再判定年月（年 月）	
		2 <input type="checkbox"/> 戦傷病者 3 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 4 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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）	
喪失 <input type="checkbox"/> 資格条件に非該当 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> その他（ ）	対象者の健康保険等の加入状況	記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 (枝番)
		被保険者・組合員・世帯員	氏名 名古屋 太郎 [生年月日 s 3 年 8 月 8 日] 住所 名古屋市緑区○○町3丁目1010番地 ○○荘2棟103号
備考	発行機関	保険者番号	3 9 2 3 1 0 1 4
	[広域連合・市町村・協会けんぽ等]	名称	愛知県後期高齢者医療広域連合
		自己負担割合	1 割

(注) 該当する□の中にレ印をつけてください。

課長	係長	係員	資格審査	受 理
			<input type="checkbox"/> 認 定 (<input type="checkbox"/> 県市) <input type="checkbox"/> 却 下 (<input type="checkbox"/> 県市)	取 得・変 更・喪 失
			[]	交 付・回 収

福祉給付金の対象となる本人の氏名等をご記入ください。
また、前年（1月から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月から7月までの間は前年の1月1日）時点で名古屋市に住所を有していない方は、申請の際に、前年（1月から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。

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。

福祉給付金に該当する条件にチェック☑してください。
「7 ねたきり高齢者」又は「8 認知症高齢者」に該当する場合は、介護保険法における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」※が別途必要になります。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。

※の届出書は担当窓口でお渡ししております。

「8 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。