

重障老人健康管理費資格 認定申請書
 変更届書

受付	所得調査	確認(係長)	承認(課長)	通知
----	------	--------	--------	----

対象者	ふりがな					後期高齢者医療被保険者証被保険者番号		
	氏名							
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日			
	居住地(新)	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
配偶者	氏名		居住地	<input type="checkbox"/> 対象者居住地に同じ				
扶養義務者	氏名		対象者との続柄	居住地	<input type="checkbox"/> 対象者居住地に同じ			
保険者名称	京都府後期高齢者医療広域連合			保険者番号	39262092			
障がい の 状 況	新			旧				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ()級	手帳番号	第	号				
	交付日	年	月	日	再認定日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 知能指数判定書 IQ()	判定日	年	月	日			
<input type="checkbox"/> 療育手帳 ()判定	手帳番号	第	号					
判定日	年	月	日	再判定日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年	月	日	
上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。								
令和 年 月 日								
申請者 住所								
長岡京市長様 氏名 (対象者との続柄)								
電話番号								
(承諾) 資格の認定及び今後の更新に際し、審査に必要な私の世帯の住民基本台帳及び市民税の課税状況、身体障害者手帳又は療育手帳に関する公簿等について、市が調査・閲覧することを承諾します。								
(委任) 重障老人健康管理事業の取扱い保険医療機関等の長に対して、私が長岡京市から給付を受ける重障老人健康管理費の受領に関することを委任します。ただし、取り扱い保険医療機関等の長と私の間に金銭貸借関係がある場合に限りです。								
令和 年 月 日								
長岡京市長様 対象者氏名 印								

< 審査欄 >

所得状況		対象者	配偶者	扶養義務者
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人	人	人
加算	うち老人扶養親族の数	人 円	人 円	人 円
	うち特定扶養親族の数	人 円	—	—
前年の所得額		円	円	円
控除	社会保険料	円	80,000円	80,000円
	雑損	円	円	円
	医療費	円	円	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別控除	円	円	円
	障がい者である同一生計配偶者・扶養親族	人 円	人 円	人 円
	特別障がい者である同一生計配偶者・扶養親族	人 円	人 円	人 円
	障がい者・特別障がい者・寡婦・ひとり親・勤労学生	障・特障・寡・親・勤 円	障・特障・寡・親・勤 円	障・特障・寡・親・勤 円
	給与・公的年金所得者控除	給与・年金 円	給与・年金 円	給与・年金 円
	本年災害・医療費	円	円	円
控除後の所得額		円 課税・非課税	円 課税・非課税	円 課税・非課税
所得基準額		円以下	円未満	円未満

審査結果 <input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 府制度・ <input type="checkbox"/> 市制度	承認決裁日 年 月 日	確認公簿名 1 住民基本台帳 2 後期高齢者医療被保険者台帳 3 住民税課税台帳 4 5 確認者
	事実発生日（給付資格取得日） 年 月 日	