

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

|                                                                                                                  |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|-----------|-------|------------------------------------|---|---|----------------------------|--|----------------------------|--|
| 対<br>象<br>者                                                                                                      | ふりがな                                  | ながおか たろう                                                              |                                                                                       | 後期高齢者医療被保険者番号 |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|                                                                                                                  | 氏 名                                   | 長岡 太郎                                                                 |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|                                                                                                                  | 生 年<br>月 日                            | <input type="checkbox"/> 大正<br><input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                                                           | 1             | 2                                             | 3         | 4     | 5                                  | 6 | 7 | 8                          |  |                            |  |
|                                                                                                                  | 居 住 地<br>(新)                          | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ                            |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 配 偶 者                                                                                                            | 氏 名                                   | 長岡 京子                                                                 |                                                                                       | 居 住 地         | <input checked="" type="checkbox"/> 対象者居住地に同じ |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 扶 養<br>義 務 者                                                                                                     | 氏 名                                   |                                                                       |                                                                                       | 対 象 者<br>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 |       | 3 9 2 6 2 0 9 2                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況                                                                                       | 新                                     |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   | 旧                          |  |                            |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 |                                                                       | 手帳番号                                                                                  |               | 第                                             |           | 号     |                                    | 日 |   | <input type="checkbox"/> 無 |  |                            |  |
|                                                                                                                  | 交付日                                   |                                                                       | <div>障がい等級の変更があった場合は、該当する障がい者手帳<br/>(身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳)を<br/>お持ちください。</div> |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 知能指          |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 療育手          |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
|                                                                                                                  | 判定日                                   |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  | <input type="checkbox"/> 無 |  |
| <input type="checkbox"/> 精神障                                                                                     |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 交付日                                                                                                              |                                       | 年 月 日                                                                 |                                                                                       | 有効期限          |                                               | 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 〇年 〇〇月 〇〇日                                                                                                    |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 申請者 住 所 長岡京市〇〇△-△-△                                                                                              |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 長岡京市長様 氏 名 長岡 太郎 (対象者との続柄 本人 )                                                                                   |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 電話番号 951-2121                                                                                                    |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| (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、療育手帳又は精神障害者保健福祉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します。 |                                       |                                                                       |                                                                                       |               |                                               |           |       |                                    |   |   |                            |  |                            |  |
| 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<br>扶 養 親 族 の 合 計 数 |                                    | 人     | 人    | 人              |
| 加<br>算                               | うち老人扶養親族の数                         | 人     | 記入不要 | 円              |
|                                      | うち特定扶養親族の数                         | 人     |      | 円              |
| 前 年 の 所 得 額                          |                                    |       |      | 円              |
| 控<br>除                               | 社 会 保 険 料                          |       |      | 0 0 0 円        |
|                                      | 雑 損                                |       |      | 円              |
|                                      | 医 療 費                              |       |      | 円              |
|                                      | 小規模企業共済等掛金                         |       |      | 円              |
|                                      | 配 偶 者 特 別 控 除                      |       |      | 円              |
|                                      | 障がい者である同一生計<br>配 偶 者 ・ 扶 養 親 族     | 人     |      | 円              |
|                                      | 特別障がい者である同一<br>生 計 配 偶 者 ・ 扶 養 親 族 | 人     |      | 円              |
|                                      | 障がい者・特別障がい者・<br>寡婦・ひとり親・勤労学生       | 障・特障・ |      | 寡・親・勤<br>円     |
|                                      | 給与・公的年金所得者控除                       | 給与    |      | 年金<br>円        |
|                                      | 本 年 災 害 ・ 医 療 費                    |       |      | 円              |
| 控 除 後 の 所 得 額                        |                                    | 課     |      | 円<br>税 ・ 非 課 税 |
| 所 得 基 準 額                            |                                    | 円以下   |      | 円未満            |

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