

重障老人健康管理費資格 ☒ 認定申請書  
【記入例】 ☐ 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                                         | 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"/> 申請者と同じ                                                   |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 配偶者                                                                                                              | 氏名                                           | 長岡 京子                                                                                        |                                                                            | 居住地           | <input checked="" type="checkbox"/> 対象者居住地と同じ |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 扶養義務者                                                                                                            | 氏名                                           |                                                                                              |                                                                            | 対象者との続柄       |                                               |       | 居住地 | <input type="checkbox"/> 対象者居住地と同じ |   |   |   |  |  |
| 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<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                                        |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                  | 交付日    年    月    日                           |                                                                                              | 再認定日 <input type="checkbox"/> 有    年    月    日 <input type="checkbox"/> 無  |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                  | <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                           |                                                                                              | 次回判定日 <input type="checkbox"/> 有    年    月    日 <input type="checkbox"/> 無 |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (    )級 |                                                                                              | 手帳番号                                                                       |               | 第    号                                        |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                  | 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 ( <u>申請</u> ・ 届出 ) します。                                                                           |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 令和    〇年    〇〇月    〇〇日                                                                                           |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 申請者 住所 <u>長岡京市開田1-1-1</u>                                                                                        |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 長岡京市長様    氏名 <u>長岡 太郎</u> (対象者との続柄 <u>本人</u> )                                                                   |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 電話番号 <u>951-2121</u>                                                                                             |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| (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    〇年    〇〇月    〇〇日                                                                                           |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |
| 長岡京市長様    対象者氏名 <u>長岡 太郎</u>                                                                                     |                                              |                                                                                              |                                                                            |               |                                               |       |     |                                    |   |   |   |  |  |



< 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 |                                                                     |