

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番号							
	氏 名										
	生 年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日								
	居 住 地 (新)	☐ 申請者に同じ									
配 偶 者	氏 名		居 住 地	☐ 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	☐ 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 が い の 状 況	新										旧
	☐ 身体障害者手帳 ()級		手帳番号		第 号						
	交付日 年 月 日		再認定日 ☐ 有		年 月 日		☐ 無				
	☐ 知能指数判定書 I Q ()		判定日		年 月 日						
	☐ 療育手帳 ()判定		手帳番号		第 号						
判定日 年 月 日		次回判定日 ☐ 有		年 月 日		☐ 無					
☐ 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 (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、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 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 ☐ 該 当 ・ ☐ 非該当 ☐ 府制度 ・ ☐ 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	