

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 受 付 | 調 査 | 係 長 | 課 長 | 通 知 |
| | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| 第 _____ 号 | | | | |
| 福祉医療費 (老) の一部負担金限度額適用認定申請書 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-------------|---------|------|---|---|---|--|--|
| 受 給 者 | 氏 名 | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 居 住 地 | 長岡京市 | | | | | |

上記のとおり関係書類を添えて福祉医療費 (老) の一部負担金の限度額適用を申請します。

年 月 日

長岡京市

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

長 岡 京 市 長 様

| | |
|-------------|---|
| 承 諾 書 | 上記福祉医療費 (老) の一部負担金限度額認定の申請に際し、受給権審査に必要な私の世帯に係る市民税に関する調査を、市が行うことについて承諾します。 |
| | 年 月 日 |
| | 本人氏名 _____ |

| | | |
|----------------|-----------|-----------------|
| 市 町 村 処 理 欄 | 審査結果 | 認定年月日 (年 月 日) |
| | 該 当 ・ 非該当 | 適用区分 (II ・ I) |