

受 付	調 査	係 長	課 長	通 知

【記入例】

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	長 岡 太 郎					
	生 年 月 日	昭 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	居 住 地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 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。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

長岡京市

(申請者) 住所 開田 1 - 1 - 1

氏名 長 岡 太 郎

電話 〇〇〇-〇〇〇〇

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。 令和 〇年 〇〇月 〇〇日
	本人氏名 長 岡 太 郎

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)