

老人医療費受給者証交付申請書

【記入例】

受付	調査	確認(係長)	承認(課長)	通知
(コード)配偶者		扶養義務者		

フリガナ 受給者	ながおか たろう 長岡 太郎	生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 長岡京市
フリガナ 配偶者 (同居者)	ながおか きょうこ 長岡 京子	生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所 (受給者と別住所の場合のみ)
フリガナ 扶養義務者 (同居者)		続柄 生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日	住所 (受給者と別住所の場合のみ)

老人区分	所得税非課税世帯				
保険者名	〇〇〇健康保険組合	記号	〇〇	資格取得年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
		番号	〇〇〇		
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	長岡 太郎	受給者との続柄	本人

上記のとおり、関係書類を添えて老人医療費受給者証の交付を申請いたします。

○申請者

令和 〇年 〇〇月 〇〇日 住所 長岡京市 開田1-1-1

氏名 長岡 太郎 (受給者との続柄 本人)

長岡京市長 様 電話 951-2121

《承諾書》

老人医療費受給者証の交付及び同証の今後の更新に際し、審査に必要な私の世帯の課税台帳、住民基本台帳等を市が閲覧することを承諾します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

長岡京市長 様 氏名 長岡 太郎

備考： <input type="checkbox"/> 所得証明待ち <input type="checkbox"/> 健康保険資格待ち	審査結果	該当 ・ 非該当	
	受給者証番号	4 1 2 6 0 1 0 0	
申請者確認方法 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	資格発生日	入力日	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
確認公簿名 1 課税台帳 2 住民台帳 3 確認	一部負担金限度額適用区分 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II		

< 所得審査欄 >

所得状況		受給者	配偶者(同居者)	扶養義務者(同居者)
同一生計配偶者 扶養親族合計数			人	人
うち19歳未満の 扶養親族数		16歳未満 19歳未満		人 人
前年の所得額 (譲渡特別控除前)		(円 円)
所得 税	控除額			円
	控除後の 所得額			円
	税額控除			円
	所得税の有無	有		無
住 民 税	控除額			円
	控除後の 所得額			円
	税額控除			円
	住民税の有無	有		無
負 担 割 合	65歳	以		未満
	課税標準額			円
	基礎控除後の 所得額			円
	収入合計額			円
限度額	各所得額	<input type="checkbox"/> 給与所得		

記入不要