

老人医療費受給者証交付申請書

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		生年月日 昭和 年 月 日	住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 長岡京市
フリガナ 配偶者 (同居者)		生年月日 昭和 平成 年 月 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		
被保険者証 発行機関名	記号	資格取得年月日	
	番号	年 月 日	
保険者番号		被保険者氏名	受給者との続柄

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 年 月 日 住所 長岡京市
氏名 (受給者との続柄)
長岡京市長 様 電話

《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 年 月 日
長岡京市長 様 氏名

備考： <input type="checkbox"/> 所得証明待ち <input type="checkbox"/> 健康保険証待ち	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		人	
うち19歳未満の 扶養親族数		16歳未満 人 19歳未満 人		16歳未満 人 19歳未満 人		16歳未満 人 19歳未満 人	
前年の所得額 (譲渡特別控除前)		円 (円)		円 (円)		円 (円)	
所得 税	控除額	円		円		円	
	控除後の 所得額	円		円		円	
	税額控除	円		円		円	
	所得税の有無	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
住 民 税	控除額	円		円		円	
	控除後の 所得額	円		円		円	
	税額控除	円		円		円	
	住民税の有無	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
負 担 割 合	65歳	以上	未満	以上	未満	以上	未満
	課税標準額	円		円		円	
	基礎控除後の 所得額	円		円		円	
	収入合計額	円		円		円	
限度額	各所得額	□給与所得		□給与所得		□給与所得	