

# 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		
被保険者証 発行機関名	〇〇〇健康保険組合	記号	〇〇
		番号	〇〇〇
		資格取得年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
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	
<p>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。</p> <p>○申請者</p> <p>令和 〇年 〇〇月 〇〇日 住所 長岡京市 開田1-1-1</p> <p>氏名 長岡 太郎 (受給者との続柄 本人)</p> <p>長岡京市長 様 電話 951-2121</p>			
<p>《承諾書》</p> <p>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。</p> <p>令和 〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>長岡京市長 様 氏名 長岡 太郎</p>			
備考： <input type="checkbox"/> 所得証明待ち <input type="checkbox"/> 健康保険証待ち  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 ( )		審査結果 該当 ・ 非該当 受給者証番号 4 1 2 6 0 1 0 0 資格発生日 令和 年 月 日 入力日 令和 年 月 日 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	
確認公簿名 1 課税台帳 2 住民台帳 3 確認			

< 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	