

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 ☐ 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																			
保険者名				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： ☐ 所得証明待ち ☐ 健康保険資格待ち 申請者確認方法 ☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 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						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 ☐ 無し ☐ I ☐ 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	