

老

福祉医療費 受給者証交付申請書

※この申請書は、65歳以上70歳未満の方が老人医療費の支給を申請するときに使用します。

【申請者(受給者証が必要な方)】

宮津市長 様		令和 年 月 日	
下記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。			
また、世帯所得状況及び健康保険情報の調べについては貴市に委任し、個人番号の利用に同意します。			
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		個人番号	
住所	〒 宮津市字	電話	(0772) -
	(建物名等)	携帯電話	- -

【対象者の状況】 (該当する項目に☑してください。)

加入の健康保険	区分	保険者の名称	保険者番号	被保険者の記号番号
	国保	京都府(宮津市)	260067	宮-
	協会けんぽ	全国健康保険協会 京都 支部	01260017-()	
	健保組合	健康保険組合		
	共済組合	共済組合 支部		
	国保組合	国民健康保険組合		
	その他			
申請事由	<input type="checkbox"/> 該当年齢に到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他()			

宮津市使用欄

所得状況調査欄(令和 年中所得)				
調査対象者	申請者	配偶者	扶養義務者	扶養義務者
氏名				
①総所得金額	円	円	円	円
②控除額計	円	円	円	円
③判定所得(①-②)	円	円	円	円
所得税額	円	円	円	円
住民税	課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税
判定	該当 ・ 非該当			
負担区分	一般 ・ 低所得Ⅱ ・ 低所得Ⅰ			
受給者番号	4 : 1 : 2 : 6 : 0 : 0 : 6 : 8	判定年月日	令和 年 月 日	
		資格取得年月日	令和 年 月 日	
		証交付年月日	令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	

決裁	係長	係	副務者

上記のとおり判定します。