

決 裁	係 長	係	

(第8条関係)

### 老人医療費受給者証交付申請書

申請者 (受給者)	住所	〒□□□□-□□□□		ふりがな		
		宮津市字		番地	氏名	
連絡先	電話 (0772)	-		携帯電話	- -	
令和 年 月 日 宮津市長 様 下記のとおり老人医療費受給者証の交付を申請します。 なお、世帯状況所得調べについては貴市に委任します。 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。)						
対象者	生年月日	昭和 年 月 日		扶養義務者	氏名	申請者との続柄
加入の健康保険	被保険者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外		氏名		
	区 分	保険者の名称		保険者番号	被保険者の記号番号	
	国保	宮 津 市		260067	宮 一	
	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				
	国保組合	国民健康保険組合				
その他						
申請の事由	<input type="checkbox"/> 該当年齢に到達 <input type="checkbox"/> 転入		事由の発生日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					

※以下は記入の必要はありません。

所得状況調査欄 (令和 年中所得)				
	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	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	交付年月日	令和 年 月 日
		異動年月日	令和 年 月 日
判定年月日	令和 年 月 日		
資格取得年月日	令和 年 月 日		