様式第１号（第２条関係）

老人医療費受給者証交付（更新）申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">受給者</td><td colspan="3">フリガナ
氏名</td><td colspan="3">生年月日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">住所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">加入医療保険</td><td>記号・番号</td><td colspan="2">資格取得年月日
年　　月　　日</td><td colspan="2">附加給付の有無
有・無</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証発行機関の名称
保険者番号（　　）</td><td colspan="2">被保険者氏名</td><td>受給者との続柄</td></tr>
<tr><td>配偶者</td><td colspan="3">氏名</td><td colspan="2">住所（受給者と別住所の場合のみ）</td></tr>
<tr><td>扶養義務者</td><td colspan="2">氏名</td><td>続柄</td><td colspan="2">住所（受給者と別住所の場合のみ）</td></tr>
<tr><td>申請事由</td><td colspan="4">１　６５歳に到達　　３　保険に新たに加入したため
２　転入　　４　その他（　　）</td><td colspan="2">事由発生日
年　　月　　日</td></tr>
</table>

上記の通り、老人医療費受給者証の交付を申請します。

なお、老人医療費受給者証の交付及び更新に際し、審査に必要な私及び世帯員の所得状況等について、町長が調査・確認することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名

電話番号

京丹波町長　様

以下の欄には記入しないでください。

<table>
<tr><td rowspan="3">審査結果
□該当　負担割合（ ２割 ・ ３割 ）
負担区分（ 一般 ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ）
□非該当</td><td rowspan="3">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr></tr>
<tr></tr>
</table>