

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

受給者	フリガナ		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所				
	加入 医 療 保 険	記号・番号		資格取得年月日	附加給付の有無
				年 月 日	有・無
		保険者の名称		被保険者氏名	受給者との続柄
保険者番号()					
配偶者	氏名			住所(受給者と別住所の場合のみ)	
扶養義務者	氏名		続柄	住所(受給者と別住所の場合のみ)	
申請事由	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()			事由発生日 年 月 日	
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。

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	受給者番号						
---	-------	--	--	--	--	--	--