

老人医療費受給者証等交付申請書

【 受給者証 限度額証 再交付（紛失・盗難・破損・汚損・ ）】

大山崎町長 様

下記のとおり、老人医療費受給者証等の交付を申請します。

申請日		令和 年 月 日		マイナンバー・免許証・保険証・資格確認書・パスポート・他（ ）	
申請者	フリガナ			電話番号	- -
	氏名			対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	大山崎町字 円明寺 小字 下植野		番地	
対象者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		(満 歳)	
	住所	大山崎町字 円明寺 小字 下植野		番地	
加入医療保険	保険種別	※該当する種別に○してください 国 国 協 健 船 共 保 組 会 組 員 済		被保険者組合員世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ
	記号・番号	※国保の場合、保険種別以外、記入は不要		対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	保険者名称			保険者番号	
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日		付加給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
同意・確認事項	○下記項目について、内容を確認し☑を記入してください。				受領者 署名
	<input type="checkbox"/> 受給要件の確認のため、私及び世帯員（同じ住所の別世帯の者を含む） (交) の世帯構成や所得の状況を調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 証交付後に世帯構成や負担区分の変更があり、該当しなくなった場合は証を返還します。 (交) また、受給資格喪失後に受給した老人福祉医療費がある場合、返還します。 <input type="checkbox"/> 再交付の場合、紛失した証が見つかった場合は必ず返還するとともに、不正使用等については、 (再) 負担をかけないことを誓約します。				(/)
同意・確認事項	○下記項目について、該当する項目に☑を記入してください。				職員確認欄 (5061220)
	<input type="checkbox"/> (交) 住民基本台帳上の同世帯に所得課税者はいません。 <input type="checkbox"/> (交) 同じ住所の別世帯に所得課税者はいません。 <input type="checkbox"/> (交) 所得税課税者(別世帯含む)の被扶養者(税、社会保険)ではありません。 <input type="checkbox"/> (限) 限度額適用認定証を交付・申請済み又はマイナ保険証で受診します。 <input type="checkbox"/> (限) 交通事故などの第三者行為、通勤中、職務中の傷病による受診ではありません。				<input type="checkbox"/> 個人住民税-世帯照会 <input type="checkbox"/> 住民記録-住所地検索 <input type="checkbox"/> 個人住民税-世帯照会 <input type="checkbox"/> 交付履歴・利用者情報 <input type="checkbox"/> 第三者行為、労災ではないことを確認
摘要			受付	処理	送付
					/