

老人福祉医療費受給券 { 交付更新 } 申請書

氏 名		性別	個 人 番 号	現 住 所	加 入 医 療 保 険		の 有 無	助 成 対 象
			生 年 月 日		記 号 番 号 ・ 保 険 者 名 ・ 所 在 地			
① 本 人		男		滋賀県高島市	記 号 番 号	保 険 者 名	有 無	要 否
		女	昭和 年 月 日		所 在 地			
② 配偶者		男		滋賀県高島市	記 号 番 号	保 険 者 名	有 無	要 否
		女	年 月 日		所 在 地			
③ 扶 養 義務者		男		滋賀県高島市	記 号 番 号	保 険 者 名	有 無	要 否
		女	年 月 日		所 在 地			

所 得 状 況		助成対象者の所得状況	配偶者の所得状況	③の扶養義務者の所得状況
扶養親族等控除				
※ 課税の区分	市 町 村 民 税	非課税 ・ 課 税	非課税 ・ 課 税	非課税 ・ 課 税

上記のとおり老人福祉医療費受給券の { 交付更新 } を申請します。

- なお、申請にあたり、下記の2点について同意します。
- 1. 受給申請時および受給期間中に、助成対象者、配偶者および扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況について調査・確認すること。
 - 2. 加入医療保険から附加給付または高額療養費を支給されたときは、先に高島市が医療機関に支払った附加給付または高額療養費に相当する額を高島市の指定する方法により返還すること。

年 月 日

高 島 市 長

申請者	住所	滋賀県高島市
	氏名	
	電話番号	()

○ ※印欄は記入しないでください。
○ 申請書提出の際に健康保険証をご提示ください。
○ 附加給付とは、ご加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自で上乗せしているものをいいます。