

老人医療費受給者証交付(更新)申請書

受給者	フリガナ		(住所)〒	
	氏名			
	生年月日			
	過去における当該市町村での受給者証の番号			
配偶者	氏名	住所		
◆ ① 扶養義務者	氏名	住所		
	受給者との続柄			
所得状況	受給者の所得状況	配偶者の所得状況	①の扶養義務者の所得状況	
扶養親族等控除				
◆ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計	(うち老特)人	(うち老特)人	(うち老特)人	
◆ 前年の所得額	円	円	円	
◆ 控除	雑損	円	円	円
	医療費	円	円	円
	社会保険料	円	円	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別控除額	円	円	円
	障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 円	人 円	人 円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 円	人 円	人 円
	障害者・特別障害者・老年人・寡婦(寡父)・特別寡婦・勤労学生の別	障・特障・老寡・特寡・勤 円	障・特障・老寡・特寡・勤 円	障・特障・老寡・特寡・勤 円
地方税法附則第6条の1、租税特別措置法第24条又は租税特別措置法の一部を改正する法律附則第8条の免除に係る所得額	円	円	円	
◆ 控除後の所得額	円	円	円	
加入医療保険	被保険者氏名	続柄	住所	
	保険種別	記号番号	付加給付等	
	被保険者証発行機関名	所在地		
受給者証交付申請事由	1 65歳以上に達するため(65歳に達したもの) 2 転入したため 3 医療保険に加入したため 4 その他(交付事由発生年月日 年 月 日)			
◆ 審査	該当 ・ 非該当			
上記のとおり、老人医療費受給者証の交付を申請いたします。 なお、受給資格の審査及び更新において必要な私及び私の世帯員の課税状況等の調査をすることを了承します。 令和 年 月 日 申請者 住所 南丹市 氏名 (印) 南丹市長 様 電話番号 ()				

太線の枠内のみご記入下さい。(◆欄は記入しないでください。)