

受給者番号	※
-------	---

老人福祉医療費受給券（交付・更新）申請書

氏名	性別	生年月日	住所
① 助成対象者	男・女	年 月 日	
② 配偶者	男・女	年 月 日	
③ 扶養義務者	男・女	年 月 日	

加入医療保険				附の 加 有 給 付 無 有 ・ 無
① 助成対象者	記号番号	保険者名		
	所在地	資格取得日		
	被保険者名	続柄		

※課税の区分

市町村民税	
① 助成対象者	非課税・課税
② 配偶者	非課税・課税
③ 扶養義務者	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。
また、申請に当たり、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、構成・異動状況について調査および確認すること。
- 2 加入医療保険から附加給付または高額療養費（外来年間合算を含む。）を支給されたときは、先に竜王町が医療機関等に支払った附加給付または高額療養費（外来年間合算を含む。）に相当する額を竜王町の指定する方法により返還すること。

年 月 日

住所
申請者 氏名
電話番号 ()

竜王町長

注意事項

- 1 ※印欄には記入しないでください。
- 2 ①の欄には、助成対象者について記入してください。「加入医療保険」欄には、助成対象者の加入医療保険の記号番号等を記入してください。なお、附加給付の有無については、該当するものを○で囲んでください。
- 3 ②の欄には、①の欄「助成対象者」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。
- 4 ③の欄には、助成対象者の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。
- 5 附加給付とは、ご加入中の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。