別記様式第３号（第３条、第４条関係）

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 | | | | | | |  | | の 有 無  附加給付 | | ① 助成対象者 | 記号番号 |  | 保険者名 | |  | | | 所在地 |  | 資格取得日 | |  | | | 有 ・ 無 | | 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（交付・更新）をされたく申請します。なお、申請に当たり、申請時および受給期間中に必要があるときは、助成対象者、配偶者、扶養義務者の所得および町民税の課税状況ならびに住民基本台帳等の必要事項について、調査および確認することを承諾します。

また、加入医療保険者等から附加給付等を受けたときは、返還することを確約するとともに、私が承諾したことについて関係者から異議の申出があったときは、私の責任において解決します。

　　　　　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　本人が署名する場合は、押印は不要です。

３　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、助成対象者の医療保険証により、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。

４　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。

５　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。