

高齢期移行者医療費受給者証 [交付・更新] 申請書

助 成 対 象 者	ふりがな		住所	
	氏名	男・女		
	生年月日	年 月 日		
前年の所得の状況	世帯の市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税		
	本人の年金収入額	円		
	本人の合計所得金額	円		
	合計	円		
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	住所	
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号	付加給付等の有無 有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号)	所在地	
要介護状態区分等	非該当 ・ 要支援状態区分 1 2 ・ 要介護状態区分 1 2 3 4 5			
受給者証交付（更新）事由	1 加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第1号に新規に該当するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに参加したため 4 年度更新のため 5 年度切替えによる該当のため 6 その他 () (交付事由発生年月日 年 月 日)			
加東市長 様 上記のとおり、高齢期移行者医療費受給者証の交付（更新）を申請いたします。 なお、資格認定等については、税務情報による私及び世帯員全員の所得課税状況等の調査を承諾します。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。 年 月 日 住 所 申請者 世帯主 電話番号 () -				

・文字は、楷書ではっきり書いてください。