

記入例

※太枠内のみ記入してください

様式第4号(第3条関係)

対象の方の氏名・性別・年齢 高齢期移行者医療費受給者証 [交付・更新] 申請書

生年月日・現住所を記入してください。

助成対象者	ふりがな かとう たろう	住所
	氏名 加東 太郎 (男)女	加東市社50番地
	生年月日 昭和31年5月10日	

前年の所得の状況	世帯の市町村民税課税状況	
	本人の年金収入額	
	本人の合計所得金額	
	合計	
加入医療保険	被保険者氏名	
	保険種別	
	被保険者証発行機関名	(保)
	要介護状態区分等	非
受給者証交付(更新)事由	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6 その他	

健康保険証のコピーを添付してください。(対象者の方の氏名が記載されたもの)

記入不要

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、申請書に添付した資料に基づき、貴庁の審査を承諾します。費に該当する部分がある場合は、その申請及び審査に当たります。

申請者名と世帯主名をそれぞれ記入して下さい。(申請者と世帯主が同じ場合でも、それぞれ記入をお願いします。※「同上」「〃」等不可)
電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)

審査を承諾します。費に該当する部分がある場合は、その申請及び審査に当たります。

年 月 日

提出日をご記入ください。

住所	加東市社50番地
申請者	加東 太郎
世帯主	加東 太郎
電話番号	(090) 1234 - 5678

・文字は、楷書ではっきり書いてください。