

高齢重度障害者医療費受給者証(交付)更新]申請書

助成対象者	ふりがな <small>かとう たろう</small>	住所	
	氏名 加東 太郎 (男・女)	加東市社50番地	
	生年月日 昭和12年 5月 2日		
配偶者	氏名 加東 花子	住所 同上	
扶養義務者	受給者との続柄 住所	同居の子供さん等のお名前をご記入ください。	
	①氏名 加東 一郎 (子)		
	受給者との続柄 住所		
	②氏名 加東 二郎 (子)		
	受給者との続柄 住所		
	③氏名 ()		
	受給者との続柄 住所		
	④氏名 ()		
課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額	
	助成対象者		
	配偶者		
	扶養義務者	円	
	合計額	円	
加入医療保険	被保険者氏名	記入不要	
	保険種別		
	被保険者証発行機関名		
受給者証交付(更新)申請事由	1	後期高齢者医療被保険者証のコピーを添付してください。(対象者の氏名が記載されたもの)	
	2		
	3		
	4		
	5		
	6 その他		

加東市長 様

上記のとおり、高齢重度障害者医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

なお、資格認定等については、税務情報による私及び配偶者・扶養義務者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、その受領を公費負担者である加東市

上記のことなどに対応するため、を得ること並びに当申請書を兵庫県

申請者の住所と氏名、電話番号を記入して下さい。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)

報及び給付情報等

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 氏名 加東 太郎
電話番号 090 - 1234 - 5678