

様式第1号(第2条関係)

決 裁					担当者	受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受給 資格 の判定	適	老人医療費受給者証を交付してよろしいか。				否(理由)	

老人医療費受給者証交付申請書

本 人 氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
世 帯 主 氏 名		本人と の続柄		職 業			
居 住 地							
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	協(一・日)・組・船・共・国(一・退)					
	被 保 険 者 氏 名		本人と の続柄		記 号 番 号		
	保 険 者 名					所 在 地	
ひとり暮らし、 又はねたきりとな った時期	年 月 日						
<p>上記のとおり、関係書類を添えて受給者証の交付を申請します。 なお、申請に必要な世帯又は所得及び収入の状況を県老担当課で調査することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名 (印) (本人との続柄)</p> <p>(あて先)胎内市長</p>							

注)

- 1 申請者は、原則として本人(医療費助成対象者)であること。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等、真にやむを得ない場合は、この限りでない。
 - 2 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参すること。
- ◎ 記名押印に代えて署名することができます。