老人福祉医療費受給券 { 交付 / 更新 } 申請書

氏名		性別	個人番号 生年月日	現住所	加入医療保険 記号番号・保険者名・所在地		附加給付の有無	助成対象の要否
① 本人		男		滋賀県高島市	記号番号	保険者名	有	要
		女	昭和　年　月　日		所在地		無	否
② 配偶者		男		滋賀県高島市	記号番号	保険者名	有	要
		女	昭和　年　月　日		所在地		無	否
③ 扶養義務者		男		滋賀県高島市	記号番号	保険者名	有	要
		女	昭和　年　月　日		所在地		無	否

所得状況 / 扶養親族等控除		助成対象者の所得状況	配偶者の所得状況	③の扶養義務者の所得状況
※ 課税の区分	市町村民税	非課税 ・ 課税	非課税 ・ 課税	非課税 ・ 課税

上記のとおり老人福祉医療費受給券の { 交付 / 更新 } を申請します。

令和　　年　　月　　日

高島市長

申請者
住所　滋賀県高島市
氏名
電話番号　　（　　）

○ ※印欄は記入しないでください。
○ 申請書提出の際に健康保険証をご提示ください。