老人医療費受給者証交付申請書

□交付　□再交付　□更新

対象者氏名		主たる生計維持者	氏名	（対象者との続柄：　　）
生年月日	昭和　年　月　日		住所	
個人番号				

世帯の所得状況									
所得状況／所得の内訳			区分	対象者の所得状況		世帯員の所得状況		世帯員の所得状況	
			氏名						
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数				人（　人）		人（　人）		人（　人）	
前年の所得額				円		円		円	
控除	雑損			円		円		円	
	医療費			円		円		円	
	社会保険料			円		円		円	
	小規模企業共済等掛金			円		円		円	
	配偶者特別控除			円		円		円	
	障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人	円	人	円	人	円	
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人	円	人	円	人	円	
	障害者・特別障害者・寡婦・特別寡婦・勤労学生の別		障害・特障寡婦・特寡勤学	円	障害・特障寡婦・特寡勤学	円	障害・特障寡婦・特寡勤学	円	
	地方税法附則第６条第２項又は租税特別措置法第24条若しくは第25条の免除に係る所得額			円		円		円	
	本年の災害・医療費			円		円		円	
控除後の所得額				円		円		円	

加入医療保険					
被保険者氏名		対象者との続柄		住所	
保険種別		被保険者等の記号番号		付加給付等の有無	有・無
保険者番号 保険者名		所在地			

受給者証交付申請事由		
	1　　歳に達するため（　歳に達した者）	4　被用者保険被保険者が被扶養者又は国民健康保険の被保険者となったため
	2　転入してきたため	5　その他（　　）
	3　保険に新たに加入したため	（交付事由発生年月日　　年　月　日）

過去における木津川市での受給者証の番号	

上記のとおり、老人医療費受給者証の交付を申請します。

年　　月　　日

木津川市長　宛て

申請者　住　所　木津川市

氏　名

電話番号　（　　）　－

確認公簿名
1　住民税課税台帳
2　住民基本台帳
3
4
確認者
審査結果
該当 / 非該当