

老人福祉医療費受給券交付（更新）申請書

氏 名		生年月日	居住地 (現住所)
		個人番号(12桁)	
① 本 人		年 月 日	
② 配偶者		年 月 日	□同上
③ 扶養義務者		年 月 日	□同上

A 加入医療保険		
① 本 人	記号番号	保険者番号/名称
	(記号) (番号)	(保険者番号) □国保 □その他
② 配偶者	記号番号	保険者番号/名称
	(記号) (番号)	(保険者番号) □国保 □その他
③ 扶養義務者	記号番号	保険者番号/名称
	(記号) (番号)	(保険者番号) □国保 □その他

※課税の区分	
市町村民税	
① 本 人	非課税、課税
② 配偶者	非課税、課税
③ 扶養義務者	非課税、課税

上記のとおり、米原市老人福祉医療費助成条例施行規則第5条（第6条）の規定により、受給券の交付（更新）を申請します。なお、申請に当たり、下記の3点について同意します。

- 1 受給申請時、受給期間中および更新時に、米原市老人福祉医療費助成条例第3条第4項に規定する所得および助成対象者の属する世帯の構成、異動状況等を個人番号等により調査・確認すること。
- 2 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算も含む。）のうち、福祉医療受給にかかる分の申請および受領について米原市長に委任すること。
- 3 助成された老人福祉医療費のうち、保険者から附加給付または高額療養費を受けたときは、給付された相当額を返還すること。

年 月 日

住 所
申請者 氏 名
電話番号

米 原 市 長 様

注意事項

- 1 申請書の※印欄には記入しないでください。
- 2 ①の欄には、助成対象者本人について記入してください。
- 3 ②の欄には、①の欄「本人」に記入した人で配偶者がおられる場合は、その配偶者について記入してください。なお、一世帯に夫婦2名が老人福祉医療費の給付を受ける場合は、両名の記入欄を入れ替えた申請書を改めて提出する必要はありません。
- 4 ③の欄には、助成対象者(本人)の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者(本人)の生計を維持している人について記入してください。
- 5 A 加入医療保険欄には、本人・配偶者・扶養義務者の加入医療保険の記号番号、保険者番号・名称を記入してください。