

様式第2号(第6条関係)

決 裁				担当者	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 裁	年 月 日
受 資 判	給 格 の 定	適	老人医療費受給者証を交付しては いかがでしょうか。		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	
住 所					
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別				
	被 保 険 者 氏 名	申 請 人 と の 続 柄		記 号 番 号	
	保 険 者 名				所 在 地
ひとり暮らし老人、寝たきり老人となった時期	年 月 日				
<p>上記のとおり、関係書類を添えて、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、受給者証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印 (本人との続柄 )</p> <p>(宛先)三条市長</p>					

(注)

- 1 申請者は、原則として本人（医療費助成対象者）が申請してください。ただし、寝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、この限りではありません。
- 2 保険証を必ず持参してください。
- 3 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。