

様式第1号（第4条関係）

老人医療費受給者証交付申請書
兼老人医療費受給者資格変更・喪失届書

新規 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 <input type="checkbox"/> その他	変更 <input type="checkbox"/> 医療保険変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他	喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 医療保険資格喪失 <input type="checkbox"/> その他	
上記の事由発生年月日（ . . . ）			
公費負担医療の受給者番号		<input type="checkbox"/> 証回収 <input type="checkbox"/> 電算入力	
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
加入医療保険	被保険者の氏名		生年月日 年 月 日
	被保険者の住所		受給者との続柄
	記号番号		
	保険者の名称		
	資格取得日	年 月 日	交付日
上記のとおり申請（届出）します。 なお、申請に当たり 老福祉医療（老人医療） 制度受給資格確認のため、私及び私の世帯員の所得状況を調査されることに同意します。			
綾部市長		年 月 日	
様			
（申請者）住所			
氏名			
		受給者証受領年月日	年 月 日

新規認定決裁日	年 月 日	決 裁	
資格取得日	年 月 日		
受給者証有効期間			