

老人医療費受給者証申請書

年 月 日

美浜町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり老人医療費受給者証の交付を申請します。

受給者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	
世帯員	氏名		生年月日	
	個人番号		続柄	
	氏名		生年月日	
	個人番号		続柄	
	氏名		生年月日	
	個人番号		続柄	
加入医療保険の種類				
申請理由	<input type="checkbox"/> 経済的に低位にある <input type="checkbox"/> 特別な事情 具体的に記入して下さい [ ]			

本申告に虚偽があった場合は、美浜町老人医療費受給資格を取り消されても異議はありません。その場合は、補助を受けた医療費等は全額返還します。

なお、老人医療費受給資格について必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき美浜町が官公署に調査を委託し、又は銀行、信託会社その他関係機関に報告を求めることを同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

美浜町長 様

※裏面の収入等申告書も必ず記入してください。

# 収入等申告書

次のとおり私の世帯の収入等を報告します。

## 1 世帯の収入状況

氏名	収入の種類	収入年額
		円
		円
		円

## 2 世帯の金融資産状況

預貯金	<input type="checkbox"/> 有	名義	預け入れ先	預け入れ金額
			{ 支店}	円
	<input type="checkbox"/> 無		{ 支店}	円
		{ 支店}	円	
国債・株式等	<input type="checkbox"/> 有	名義	種類	額面金額
				円
	<input type="checkbox"/> 無			円
その他の金融資産	<input type="checkbox"/> 有	名義	種類	金額
				円
	<input type="checkbox"/> 無			円

## 3 世帯のその他の資産所有状況

- 自分が住んでる土地・家屋を所有している。
- その他の不動産等（動産を含む）を所有している。

名義	種類	面積等	所在地	活用状況

- 所有していない。

## 4 申請者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
  - 扶養親族となっている。
  - 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
  - 被扶養者となっている。
  - 被扶養者となっていない。