

老人医療(一部負担金相当額等一部助成)医療証交付・更新申請書

住 所	阪南市		公費負担者番号			2	7	0	5	7		
フリガナ			受給者番号									
氏 名												
生年月日	年	月	日	男・女	前年の総所得金額		円					
申請理由	(あてはまるものをチェックしてください。)											
	<input type="checkbox"/>	①身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例第2条第1項に規定する者(障害基礎年金全部支給停止の所得基準を準用)										
	<input type="checkbox"/>	②ひとり親家庭の医療費の支給に関する条例第2条第1項に規定する者(児童扶養手当の所得基準を準用)										
	<input type="checkbox"/>	③特定疾患治療研究事業実施要綱に規定する疾患を有する者										
	<input type="checkbox"/>	④感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく結核に係る医療を受けている者										
	<input type="checkbox"/>	⑤障害者自立支援法施行令第1条第3号に規定する精神通院医療を受けている者										
	③④⑤については、所得額が224万円以下であること。(扶養親族が1人いる場合は259万円、2人以上いる場合は259万円に1人増すごとに29万円加算した額とする。)また、扶養親族以外に老人扶養親族があるときは、その額に当該老人扶養親族1人につき6万円を加算する。											
加入健康保険	被保険者住所	阪南市										
	被保険者氏名						被保険者との続柄					
	保険種別	政管・組合・船員・日雇・共済・国保・後期高齢										
	保険者の名称( )は、保険者番号	( )					被保険者証記号・番号					
	保険者所在地						保険者連絡先					
障害者手帳等の交付年月日(申請受付日)	特定疾患医療受給者証の承認期間			感染症の予防及び感染症の患者に対する医療による患者票等の有効期間			自立支援医療受給者証(精神通院)の有効期間					
年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで					
※市使用欄(審査)												

上記のとおり(関係書類を添えて)老人医療(一部負担金相当額等一部助成)医療証の交付(更新)を申請します。  
 なお、以降市民税課税台帳等により確認することを承諾します。

阪南市長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名 (印)

TEL ( )