

福祉医療費一部負担金限度額適用認定証交付申請書

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区	申請者の氏名
(電話) - (携帯) - -	受給者との続柄 ()

京都市老人医療費支給条例施行規則第10条の3第1項の規定により認定証の交付を申請します。

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <div style="text-align: right;">電話 -</div>							
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 受給者番号							

世帯等の状況			
氏名	生年月日	続柄	備考
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

同意書		
京都市老人医療費支給条例施行規則第10条の2に係る調査(世帯状況、課税状況等)について同意します。		
年 月 日		
(受給者氏名)	(氏名)	
(氏名)	(氏名)	
(氏名)	(氏名)	

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。
 2 「世帯の状況」欄には、受給者と同じ世帯に属する世帯員を全員記入してください。

本市 使用 欄	<input type="checkbox"/> 認定	適用区分： <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	適用開始日： 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 却下	理由： <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯であるため <input type="checkbox"/> その他 ()				
	上記のとおり決定する。		年 月 日	課長	係長	係員
	認定証交付年月日	年 月 日				
	却下通知送付年月日	年 月 日				