

老人医療費受給者証交付申請書 ☐ 新規
☐ 更新

(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) — —	対象者との続柄 ()

京都市老人医療費支給条例第3条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

対象者	住所	□申請者に同じ		
	フリガナ		電話	—
	氏名	□申請者に同じ	生年月日 年 月 日	

加入医療保険	被保険者の住所	☐ 申請者に同じ										
		電話 —										
	被保険者の氏名	☐ 申請者に同じ				資格取得年月日		年 — 月 — 日 —				
		対象者との続柄（ ）										
	証記号・番号					保険者番号						
証発行機関の名称	電話 —											
☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり												

付加給付等	☐ 無 ☐ 有（内容） ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	--

配偶者、同居者及び扶養関係者等の状況

配偶者、同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ）は以下のとおりです。

氏名	生年月日	続柄	備考（別住所の場合は住所、連絡先）
	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第2条及び同条例施行規則第10条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無等）について同意します。

		年	月	日
(対象者氏名)		(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 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

3 「配偶者、同居者及び扶養関係者等の状況」の欄には、以下に該当する方を全て記載してください。

・配偶者（別居の配偶者及び婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）

・同一住所にお住まいの方（住民基本台帳上で世帯分離している方も含みます。）

・別住所にお住まいの方（医療保険や税で扶養関係がある方）

※本市使用欄	課 長	係 長	係 員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 年 月 日			