

福祉(高齢期移行者)医療費受給者証交付申請書

受給者番号

受給者	ふりがな	住所 〒675-01			本人・配偶者・世帯員の所得状況					
	氏名					本人	配偶者	世帯員	世帯員	世帯員
	年 月 日生					()	()	()	()	
加入医療保険					個人番号					
被保険者又は世帯主氏名	☐ 受給者に同じ	受給者から見た続柄		☐ 本人						
住 所	☐ 受給者に同じ				住民税の課税状況	☐ 非課税 ☐ 扶養	☐ 非課税 ☐ 扶養	☐ 非課税 ☐ 扶養	☐ 非課税 ☐ 扶養	☐ 非課税 ☐ 扶養
保険種別	協・組・日・船・共・播磨町国保・国保組合	記号	番号	枝番	①年金収入金額	円	円	円	円	円
保険者番号		受給者の資格取得年月日			②所得金額	円	円	円	円	円
保険者名称		年 月 日			(年金所得除く)					
受給者証交付申請事由	1. 65歳に達する(した)ため				①+②合計	円	円	円	円	円
	2. 転入してきたため				区分Ⅰ判定基準:世帯全員の年金収入が基準額以下で、かつ所得がないこと					
	3. 要介護認定を受けたため				区分Ⅱ判定基準:住民税非課税世帯で本人の年金収入を加えた所得が基準額以下で、かつ介護保険の要介護2以上の認定を受けている方					
4. 保険に新たに加入したため					区分Ⅱの場合の要介護認定					
5. 年度切替による該当のため					要介護 2・3・4・5					
6. その他()					認定の期間 年 月 日～ 年 月 日					
上記のとおり高齢期移行者医療費受給者証の交付を申請します。 なお、審査のため、貴町が世帯状況や本人の属する世帯員全員の所得・課税状況及び本人の介護保険の認定状況を調査することを承諾します。 また、当事業において公費で現物給付された公費負担額のうち、高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である播磨町へ委任します。 年 月 日 播磨町長 様 申請者氏名 (受給者) ☎ () -					認定・却下	適用	証交付日	データ		
					負担区分	経過措置			受付者	
					費用区分					
					県費					