

# 記入例

別記様式第1号

決 裁		課 長	補 佐	係 長	担当者	受付	年 月 日	
						伺	年 月 日	
							決裁	年 月 日
受給資格 の 判 定		適	老人医療費助成受給者証を 交付してよろしいか。			否 (理由)		

## 老人医療費助成受給者証交付申請書

本人氏名	新潟 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年 月日	XX 年 2 月 1 日 ( 67 歳)		
世帯主氏名	同 上	本人と の続柄	本人	職業	無 職		
住 所	新潟市〇〇区△△XX-〇						
加入 医 療 保 険	保険種別	協会・船員・共済・組合・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">国保</span>					
	被保険者氏名	新潟 花子	申請者との続柄	本人	記号 番号	新潟 1 - 111 - 1234	
	保険者名	新潟市 (〇〇区)			保険者番号	1540XX	
	所在地	新潟市〇〇区□□□□-XX					
ひとり暮らし老人、 ねたきり老人 となった時期	〇〇 年 11 月 30 日						
<p>上記のとおり <span style="font-size: 2em;">{</span> 関係書類を添えて 申請に必要な世帯及び所得の状況を老人医療費助成担当課が調査することを承諾し ます。 <span style="font-size: 2em;">}</span></p> <p>受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">〇〇 年 XX 月 △△ 日</p> <p style="text-align: right;">住所 新潟市〇〇区△△XX-〇 申請者 氏名 新潟 花子 (本人との続柄 本人 )</p> <p>(宛先)新潟市長</p>							

- 注) 1 申請者は、原則として本人(医療費助成対象者)とします。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等真にやむを得ない場合は、この限りではありません。
- 2 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。