

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
世帯主氏名		本人との続柄		職業	
住所					
加入医療保険	保険種別	協会・船員・共済・組合・国保			
	被保険者氏名		申請者との続柄	記号 番号	
	保険者名			保険者番号	
	所在地				
ひとり暮らし老人、 ねたきり老人 となった時期	年 月 日				
<p>上記のとおり (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。)</p> <p>受給者証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 (本人との続柄)</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。