

様式第2号(第3条、第11条関係)

※ 区 分	65 ～ 69 歳 (重度)	65 ～ 69 歳 (中度)	70 ～ 74 歳 (重度)	70 ～ 74 歳 (中度)	75 歳 以上 (重度)	75 歳 以上 (中度)	75 歳 以上 (軽度)	申請 区 分	新規	障害認定・転入 その他( )	
									変更	住所・障害の状況・健康保険 その他( )	
									喪失	死亡・転出 その他( )	
	※一部負担金助成該当者番号								上記の事由発生日 年 月 日		
老人医療費助成制度による 一部負担金助成該当申請書(変更・喪失届)  (宛先)富山市長  住所  申請者 氏名  連絡先(TEL) —  次のとおり一部負担金助成該当の認定(変更・喪失)を申請(届出)します。											
受 給 者	個人番号							生 年 月 日	年 月 日		
	ふりがな										
	氏名										
	住所										
※	受給資格 認定年月日	年 月 日			後期高齢者医療 被保険者番号						
障 害 の 状 況	<input type="checkbox"/> 障害年金証書(1級・2級)				<input type="checkbox"/> 診断書						
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6)級				<input type="checkbox"/> 障害認定証明書						
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B)				<input type="checkbox"/> ねたきり						
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級・2級)				<input type="checkbox"/> その他( )						
世 帯 の 状 況	氏名	個人番号	年齢	世帯主との 続柄	合計所得金額	※市確認欄					
			歳		円						
			歳		円						
			歳		円						
			歳		円						
			歳		円						
			歳		円						
	計				円	基準額 未満・以上					

注1 受給資格認定事項の変更の場合は、該当する項目のみ記入願います。

2 ※は市で記入します。

3 個人番号を記入した方について保険情報を取得する場合があります。