

様式第2号（第3条、第11条関係）

※ 区 分	65)	65)	70)	70)	75 歳 以上	75 歳 以上	75 歳 以上	申 請 区 分	新規	障害認定・転入 その他()
	69 歳	69 歳	74 歳	74 歳	以上	以上	以上		変更	住所・障害の状況・健康保険 その他()
	(重度)	(中度)	(重度)	(中度)	(重度)	(中度)	(軽度)		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
<p align="center">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)</p> <p>(宛先)富山市長 年 月 日</p> <p align="center">住所</p> <p align="center">申請者 氏名</p> <p align="center">連絡先(TEL) —</p> <p>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。</p>										
受給者		ふりがな						生 年 月 日	年 月 日	
		氏名								
		住所								
※	受給資格 認定年月日	年 月 日			後期高齢者医療 被保険者証の 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"/> 障害認定証明書							
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6)級		<input type="checkbox"/> ねたきり							
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B)		<input type="checkbox"/> その他()							
	<input type="checkbox"/> 診断書		<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(1・2)級							
世 帯 の 状 況	氏名	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。