

様式第2号 (第3条、第11条関係)

※ 区 分	65 歳 (重度)	65 歳 (中度)	70 歳 (重度)	70 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	
<p>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 令和 3 年 4 月 1 日</p> <p style="text-align: right;">住所 富山市新桜町7番38号</p> <p style="text-align: right;">氏名 富山 一郎</p> <p style="text-align: right;">連絡先(TEL) 443 - 2102</p> <p style="text-align: center;">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	とやま いちろう					生 年 月 日	昭和19年 4 月 1 日		
	氏 名	富山 一郎								
	住 所	富山市新桜町7番38号								
※	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 checked="" 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。

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								分	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

令和 3 年 4 月 1 日

住所 富山市新桜町7番38号

氏名 富山 一郎

連絡先(TEL) 443 - 2102

記入例
(変更)

申請者

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	ふりがな	とやま いちろう		生 年 月 日	昭和19年 4 月 1 日
	氏名	富山 一郎			
	住所	富山市新桜町7番38号			

※	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 checked="" 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	
	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;"> 変更する該当箇所 (氏名、住所)のみ記入する。 </div>				
		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。