

年 月 日

後期高齢者福祉医療（ねたきり・認知症）所得制限に関する申出書

申出者（受給者）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

本申出を代理人が行う場合

私（申出者）は、本申出に関する権限を以下の者に委任します。

委任者氏名 _____

受任者氏名 _____（続柄：_____）

受任者住所 _____

後期高齢者福祉医療（ねたきり・認知症）の受給資格については、本書のとおりであるとともに、私（申出者）は、長久手市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2(6)の地方税法の規定による市町村民税が課されない者等であることを申し出ます。

（以下、該当する□にレ印を記入してください。）

1 申出者（受給者）の生活拠点について

住民登録の住所地と同じ

住民登録上の住所地と異なる

→ 施設・病院等

施設名等 _____

住 所 地 _____

→ その他

申出者と住所地等との関係又は名称等

関係・名称 _____

住 所 地 _____

2 申出者（受給者）の世帯の生計を維持する方について

生計維持者はいない

生計維持者がいる

この申請内容について必要な場合、長久手市の市民税に関する
課税情報及び資格条件に関する情報を確認されることに同意し
ます。

（生計維持者）

住 所 _____

氏名（続柄等） _____ （続柄： _____）

3 生計維持者の所得状況について

私（申出者）の生計維持者は、長久手市後期高齢者福祉医療費給付要
綱第2(6)の地方税法の規定による市町村民税が課されない者等である。

4 税法上の扶養

私（申出者）は、税法上の被扶養者ではありません。

市町村確認欄	確認者
申出者は、税法上の被扶養者で ない <input type="checkbox"/>	(市町村担当者)
〃 〃 ある <input type="checkbox"/>	

5 仕送り等の状況（親族から仕送り等を受けている場合はその状況を記入）

仕送り者の氏名、住所（続柄）	仕送り等の状況

6 その他

この申出書の内容に誤り等があり、後期高齢者福祉医療受給資格の認定条
件に当たらないことが判明した場合は、この申出書に伴う後期高齢者福祉医療
受給資格を取り消されても意義は申し立てません。

<参考>

長久手市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2(6)

常時臥床若しくはこれに準ずる状態又は重度若しくは中度の認知症の状態であつて、生活介護を受けていることが3月以上
継続している者のうち、その者の属する世帯の生計を主として維持する者が、医療給付日の属する年度分の地方税法（昭和
25年法律第226号）の規定による市町村民税が課されない者若しくは市町村の条例で定めるところにより当該市町村民
税が免除される者又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2項に規定する要保護者であるもの