

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

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申出者（申請者）

住 所

(住民登録の住所地) _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 大正・昭和 _____ 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、瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2条(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（申請者）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

申出者と住所地管理者等との関係等

住 所 地 _____

2 申出者（申請者）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、瀬戸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: _____)

