

心身障害者医療費受給者証交付申請書

※太枠内のみ、ご記入・押印ください。

(新規・更新)

|             |      |   |          |          |               |       |   |
|-------------|------|---|----------|----------|---------------|-------|---|
| 受給者<br>(本人) | ふりがな |   | 手帳<br>種別 | 身障<br>療育 | 級<br>(第<br>号) | 交付年月日 |   |
|             | 氏名   |   |          |          |               | 男     | 女 |
|             | 個人番号 |   |          | 住所 穴水町字  |               |       |   |
|             | 生年月日 | 年 | 月        | 日        | 電話番号          |       |   |
| 配偶者         | 氏名   |   | 住所       |          |               |       |   |
|             | 個人番号 |   |          |          |               |       |   |
| ① 扶養義務者     | 氏名   |   | 住所       |          |               |       |   |
|             | 続柄   |   |          |          |               |       |   |
|             | 個人番号 |   |          |          |               |       |   |

| 所得状況                                | 受給者の所得状況                          | 配偶者の所得状況      | ①の扶養義務者の所得状況  |             |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| 扶養親族等控除                             | ( 人 )                             | ( 人 )         | ( 人 )         |             |
| ② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数<br>(うち老人扶養親族の数) | 人                                 | 人             | 人             |             |
| ③ 前年の所得額                            | 円                                 | 円             | 円             |             |
| ④ 控除                                | 雑損                                | 円             | 円             |             |
|                                     | 医療費                               | 円             | 円             |             |
|                                     | 社会保険料                             | 円             | 円             |             |
|                                     | 小規模企業共済等掛金                        | 円             | 円             |             |
|                                     | 配偶者特別                             | 円             | 円             |             |
|                                     | 障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 | 人 ※           | 人 ※           | 人 ※         |
|                                     | 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数         | 人 ※           | 人 ※           | 人 ※         |
|                                     | 障害者・特別障害者・老年者寡婦・勤労学生の特            | 障・特障 ※<br>寡・勤 | 障・特障 ※<br>老・勤 | 障・特・老 寡・勤 ※ |
| 控除額合計                               | 円                                 | 円             | 円             |             |
| ※ 控除後の所得額                           | 円                                 | 円             | 円             |             |

|        |            |  |            |  |          |     |
|--------|------------|--|------------|--|----------|-----|
| 加入医療保険 | 被保険者氏名     |  | 受給者との続柄    |  | 住所       |     |
|        | ⑤ 保険種別     |  | 被保険者証の記号番号 |  | 付加給付等の有無 | 有・無 |
|        | 被保険者証発行機関名 |  | 所在地        |  |          |     |

|              |  |
|--------------|--|
| ⑥ 受給者証交付申請事由 | 1 身体障害者手帳・療育手帳の所有者となったため<br>2 転入のため<br>3 保険に新たに加入したため<br>4 その他( )<br>(交付事由年月日 年 月 日) |
|--------------|--|

※ 審査

上記のとおり心身障害者医療費助成を申請します。  
 令和 年 月 日 私の属する世帯の税額について関係機関に調査されることを承諾します  
 申請者  
 穴水町長 様 氏名 \_\_\_\_\_

※印の欄は記入しないでください。(市町村において審査する際、所得状況については、課税台帳によること。)