

重度心身障害児者医療費受給者証 交付更新 申請書

負担者番号					
受給者番号					

受給者	ふりがな	住所 日高川町大字
	氏名 男・女	
	生年月日 年 月 日	
	個人番号	
配偶者	過去における当該市町村での受給者証の番号	電話番号
	氏名	
①扶養義務者	個人番号	住所
	氏名	
	受給者との続柄	

区分	受給者の所得状況	配偶者の所得状況	扶養義務者所得状況
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人控除対象配偶者、特定扶養親族及び老人扶養親族の数)	人 (老配 人) (特扶 人) (老扶 人)	人 (老配 人) (特扶 人) (老扶 人)	人 (老配 人) (特扶 人) (老扶 人)
③前年の所得額	円	円	円
④控除	雑損	円	円
	医療費	円	円
	小規模企業共済掛金	円	円
	配偶者特別	円	円
除	障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	障 人 特障 人	障 人 特障 人
	障害者・老年者・寡婦(夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	障・特障・勤	障・特障・老・勤
	地方税法附則第6条第1項又は租税特別措置法第24条等の免除に係る所得額	円	円
社会保険料	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被保険者種別	協・組・船 共・国・後	被保険者証 の記号番号	附加給付 の有無
	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 身体障害児者手帳番号 第 号(級)
	2 療育手帳番号 第 号()
	3 特別児童扶養手当証書番号 第 号
	4 精神障害者保健福祉手帳番号 (級)

※ 審査

上記のとおり、重度心身障害児者医療費受給者証の交付を申請いたします。
なお、決定に当たり課税状況等を調査することに同意いたします。

令和 年 月 日
日高川町長 様

住所 日高川町大字
申請者 氏名