様式第1号の1(第2条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 重度心身障害児(者)医療費受給者証 | 交付  更新 | 申請書 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | | ふりがな |  | | | | | 男・女 | 住　所 | | 電話番号　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
|  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | 個人番号 | | -　　　　　　　- | | | | | | | | | |
| 配偶者 | | 氏名 |  | | | | | | 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | -　　　　　　　- | | | | | | | | | |
| ① | 扶養  義務者 | 氏名 |  | | | | | | 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 受給者との続柄（　　　　　　　　　　） | | | | | | | 個人番号 | | -　　　　　　　- | | | | | | | | | |
| 所得状況  扶養親族等控除 | | | | | | 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 | | | |
| ② | 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数) | | | | | 人(　　人) | | | 人(　　人) | | | | | | | | 人(　　人) | | | |
| ③ | 前年の所得額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| ④　控除 | 雑損控除額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 医療費控除額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 小規模企業共済等掛金控除額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 配偶者特別控除額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| その他の控除額 | | | | | ８０，０００円 | | | ８０，０００円 | | | | | | | | ８０，０００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 | 円 | | 人 | | | 円 | | | | | 人 | | 円 | |
| 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 | 円 | | 人 | | | 円 | | | | | 人 | | 円 | |
| 障害者・特別障害者・寡婦・勤労学生の別 | | | | | 障・特障  寡・勤 | 円 | | 障・特障  寡・勤 | | | 円 | | | | | 障・特障  寡・勤 | | 円 | |
| 地方税法附則第6条第1項に係る免除を受けた所得額 | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| ③-④　控 除 後 の 所 得 額 | | | | | ※　　　　　　　　　　円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 所　得　制　限　限　度　額 | | | | | | 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | |  | | | | | 被保険者との続柄 | | |  | 住所 | |  | | | | | |
| ⑤　保　険　種　別 | | | 政・組・船・共・日  国組・国保・退本・退家 | | | | | 記号番号 | | |  | | |  | | | 付加給付等の有無 | | 有　無 |
| 保険者名 | | | (保険者番号　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | 認定年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| ⑥ | 受給者証交付申請事由 | | | | | Ａ　新規交付　1級　2級　A1　A2　A　特児扶　精神1級  Ｂ　転入  Ｃ　生活保護法による保護廃止  Ｄ　更新  Ｅ　その他(　　　　　　　　　　　)  (交付事由発生年月日　　　　　年　　　月　　　日) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　申請者  　（あて先）　橋本市長　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 審　　　　　　　　　査 | | | | | 交付　　　　　　　　・　　　　　　　　停止 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交 付　・ 更 新 年 月 日 | | | | |  | | | 年　　　月　　　日 | | 受給者証番号 | | | |  | | | | | | |
| * ※印の欄以下は、記入しないでください。 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |