

重度障がい者(児)医療費受給資格登録認定申請書

年 月 日

南越前町長様

申請者 住所 南越前町 第 号 番地
氏名
電話番号

次のとおり重度障がい者(児)医療費受給資格の認定について申請いたします。
なお、医療費受給資格を受けるに当たり必要な事項の調査について同意します。

受給者 (申請者)	氏名											年 月 日生
	個人番号 (※)											
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	手帳等級	別添のとおり										
	振込口座	<input type="checkbox"/> 指定口座(別添のとおり) <input type="checkbox"/> 公金受取口座										
	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> その他()										

(注) 1 ※個人番号の提供を行わない場合は記入しないでください。
2 下記の認定欄および裏面は記入しないでください。

添付書類

- 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証
- 指定口座がわかるもの
- 加入医療保険がわかるもの(資格確認書等)
- その他()

認定欄

- 1 適当と認められたので認定し、受給者証を交付する。
- 2 次の理由により申請を却下する。
所得制限該当のため その他()

認定日	年 月 日	事由	認定・転入・()	入力		
受給者番号					証交付日	年 月 日(窓口・郵送)

決裁欄

課長		課員		担当	
----	--	----	--	----	--

(裏)

所得の状況調書									
年分所得		受給資格者		配偶者		扶養義務者			
氏名									
個人番号									
控除対象配偶者及び扶養家族の合計数 (うち老人扶養親族の数(受給資格者については、㊦老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、㊧特定扶養親族の数 ㊨16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の控除対象扶養親族の数))		人 (㊦ 人) (㊧ 人) (㊨ 人)		人 (人)		人 (人)		人 (人)	
所得額		円		円		円		円	
控除	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数	人	円	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数	人	円	人	円	人	円	人	円
	障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障害・特障 寡・ひ・勤	円	障害・特障 寡・ひ・勤	円	障害・特障 寡・ひ・勤	円	障害・特障 寡・ひ・勤	円
	雑損控除		円		円		円		円
	医療費控除		円		円		円		円
	小規模企業共済等掛金控除		円		円		円		円
	配偶者特別控除		円		円		円		円
			円		円		円		円
			円		円		円		円
			円		円		円		円
控除後の所得額		円		円		円		円	
扶養親族等の数及び限度額		人	円	人	円	人	円	人	円
審査(適・否)		適・否		適・否		適・否		適・否	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">公簿により確認 ㊩</p>									