

心身障害者医療費受給者証 交付更新 申請書

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日	住所				
配偶者	氏名		住所						
①扶養義務者	氏名		受給者との続柄		住所				
取得状況			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			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 (うち老人扶養親族等の数)			人(人)		人(人)		人(人)		
③ 前年の所得額			円		円		円		
④ 控 除	雑損		円		円		円		
	医療費		円		円		円		
	社会保険料		円		※ 円		※ 円		円
	小規模企業共済等掛金		円		円		円		
	配偶者特別		円		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 ※ 円		人 ※ 円		人 ※ 円		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		円
	障害者・特別障害者・老年者・寡婦(夫)・勤労学生等の別		障 特 障 寡 勤 円		障 特 障 寡 勤 ※ 円		障 特 障 寡 勤 ※ 円		円
	地方税法附則		円		円		円		
	本年の災害・医療費		円		円		円		円
控除後の所得			※ 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		政・組・日・船・共・国・国組		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		(保険番号)		所在地				
受給者証交付申請事由			1 身体障害者手帳1、2、3級・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳1級の所有となったため 2 転入のため 3 保険に新たに加入したため 4 その他() (交付事由発生前年月日 年 月 日)						
※審査									
上記のとおり、心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格の認定のため所得等の調査について同意します。 年 月 日 住所 氏名									

心身障害者医療費

申 出 書

振込先口座

金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	支店
口座番号	普通・当座 No.	
フリガナ		
口座名義		

★口座名義は申請者と同一のこと

上記のとおり口座振込みの方法によりお支払ください。

年 月 日

かほく市長 様

住 所	かほく市
氏 名	Ⓜ
電話番号	

★金融機関を変更されるときは、この様式に準じて申し出ること。