

心身障害者医療費受給者証

交付更新申請書

赤字=申請者記入

記入例

受給者		フリガナ カホク タロウ 氏名 かほく 太郎	男・女 男	生年月日 S 12年 4月 1日	住所 かほく市宇野気ハ6番地 1
配偶者		氏名 かほく 花子	住所 同上		
①扶養義務者		氏名 かほく 一郎	受給者との続柄 子	住所 同上	
扶養親族等控除		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
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 雑損			円	円	円
控除	医療費		円	円	円
	社会保険料		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
	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・高齢者・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
	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、心身障害者医療費受給者証の交付及び所得等の調査について同意します。 令和元 年 4月 1日 住所 かほく市宇野気ハ6番地 1 氏名 かほく 太郎					

申 出 書

振込先口座

金融機関名	北 國 銀行・金庫・組合・農協 高 松 支店
口座番号	普通・当座 No. 0 0 0 1 2 3
ふりがな	かほく たろう
口座名義	かほく 太郎

★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。

令和元年 4月 1日

かほく市長 様

住 所	かほく市宇野気ハ6番地1
氏 名	かほく 太郎 印
電話番号	076-283-1111

★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。