

重度障害者医療費受給者証

交付
更新

申請書

記入例

1 知的障害者	後期高齢者医療保険の 対象者か	ふりがな ジンセキ タロウ	居住地 (住所)	
2 身体障害者	1 そうである 2 そうでない	氏 名 神 石 太 郎 男・女	神石高原町小島〇〇〇〇番地	
該当するものに○を記入		生年月日 M T S H 〇〇年〇〇月〇〇日		
配偶者		氏 名 神 石 花 子	住所 神石高原町小島〇〇〇〇番地	
① 扶 養 義 務 者		氏 名	住所	
		受給者との続柄		
所得状況		受 給 者 の 所 得 状 況	配 偶 者 の 所 得 状 況	
扶養親族等控除		(うち老 人)(うち扶養 人)	(うち老 人)	
② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人	人	
③ 前 年 の 所 得 額		円	円	
④ 控 除	雑 損	円	円	
	医 療 費	円	円	
	社 会 保 険 料	円	※ 円	
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円	円	
	配 偶 者 特 別 控 除	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	
	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	
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦(特例)・勤労学生の特例 地方税法附則第6条第2項の免除に係る所得額	円	円	
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	円	
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	神石 太郎	受給者との続柄 本人	住所 神石高原町小島〇〇〇〇番地
	⑤ 保 険 種 別	国民健康保険	被保険者証の記号番号 01234567	附加給付等の有無 有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	神石高原町国保 (保険者番号 340927)	所在地 神石高原町小島2025番地	
⑥ 身 体 障 害 帳	手 帳 番 号 県〇〇〇〇〇〇号	身体障害者福祉法施行規則別表第5号による		※身体障害者手帳確認者印
	交付年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級		
⑦ 療 手 育 帳	手 帳 番 号 第 号	障害の程度 1 ① (最重度) 2 A (重 度) 3 ② (中 度)		※療育手帳確認者印
	判定年月日 平成 年 月 日			
※ 審 査				
上記のとおり、重度障害者医療費受給者証の交付を申請いたします。				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
申請者 住 所 神石高原町小島〇〇〇〇番地				
氏 名 神 石 太 郎 印				
神石高原町長 様				

自署の場合は押印は不要です。

署名または押印をお願いします。

(注) ※印の欄は、記入しないでください。
字は、楷書ではっきり書いてください。
受給資格申請及び更新申請に必要な税情報等の調査をされることに同意します。

印