

重度障害者医療費受給者証

交付
更新

申請書

1 知的障害者	後期高齢者医療保険の 対象者か 1 そうである 2 そうでない	ふりがな		居住地 (住所)	
		氏 名 男・女			
		生年月日 M T S H 年 月 日			
2 身体障害者		過去における当該市町村での受給者証の番号			
該当するものに○を記入					
配偶者		氏 名		住所	
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)		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		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
	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
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦(特例)・勤労学生の特例	円	※	円	円
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	受給者との続柄		住所	
	⑤ 保険種別	被保険者証の記号番号		附加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号)		所在地	
⑥ 身体障害者手帳	手帳番号 県 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 年 月 日	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級			
⑦ 療育手帳	手帳番号 第 号	障害の程度			※療育手帳確認者印
	判定年月日 平成 年 月 日	1 (A) (最重度) 2 A (重 度) 3 (B) (中 度)			
※ 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。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

印

神石高原町長 様

(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

この用紙は、重度障害者医療費受給者証交付申請書又は重度障害者医療費受給者証更新申請書を提出する際に使用してください。

受給者証の交付申請をする場合には、標題の“更新”の字句を抹消して提出してください。また、受給者証の更新申請をする場合には、標題の“交付”の字句を抹消して、加入医療保険の欄は記入しないで提出してください。

①の欄

あなたの子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主としてあなたの生計を維持している人について書いてください。

②の欄

所得税法に定める控除対象配偶者及び扶養親族の合計数を書いてください。

なお、所得税法に定める老人扶養親族又は特定扶養親族があるときは、その人の数を()内に再掲してください。

③の欄

前年の所得のうち、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額及び長期・短期譲渡所得金額の合計額を書いてください。

なお、所得がないときは「なし」と書いてください。

④の欄

- 「雑損」、「医療費」、「社会保険料」、「小規模企業共済等掛金」及び「配偶者特別控除」の欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療控除、社会保険料控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除を受けたときは、それぞれの控除額を書いてください。
- 「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」の欄には、②の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を書いてください。
- 「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」の欄には、②の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を書いてください。
- 「障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦(特例)・勤労学生」の欄には、あなたが地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、老年者、寡婦(夫)・寡婦(特例)又は勤労学生であるときに、該当するものを○で囲んでください。
- 「地方税法附則第6条第2項」の欄には地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を書いてください。

⑤の欄

該当する保険種別を○で囲んでください。「協」は全国保険協会、「組」は組管掌健康保険、「船」は船員保険、「共」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合及び日本私立学校振興・共済事業団、「国」は国民健康保険、「後」は後期高齢者医療保険の略です。

⑥の欄

あなたの所持している身体障害者手帳の番号及び交付年月日を記入し、該当する等級を○で囲んでください。

⑦の欄

あなたの所持している療育手帳の番号及び判定年月日を記入し、該当する障害の程度を○で囲んでください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添付してください。

- あなたの前年の所得の額が国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第32条第11項の規定により、なお、その効力を有するものとされた国民年金法施行令等の一部を改正する等の政令(昭和61年政令第53号)による改正前の国民年金法施行令第6条の4第1項に規定する額(以下「本人所得制限基準額」という。)を超える場合には、次に掲げる(3)の書類。ただし、あなたがその年の1月1日において他の市町村に住所を有していたときは、次に掲げるすべての書類。
 - 前年の所得の額及び控除対象配偶者及び扶養親族の数についての市町村長の証明書
 - ④の欄に記載すべき事実(租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条の免除に係る所得額を除く。)があるときは、その事実についての市町村長の証明書
 - ④の欄に記載すべき租税特別措置法の一部を改正する法律附則第8条の免除に係る所得税額があるときは、その事実を明らかにすることができる書類
- あなたの前年の所得の額が本人所得制限基準額以下である場合であって、配偶者又は①の欄に記載した扶養義務者の前年の所得の額が特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令(昭和50年政令第207号)第2条第2項に規定する額以上の場合には、上記に掲げる(3)の書類。ただし、扶養義務者等がその年の1月1日において他の市町村に住所を有していたときは、上記に掲げるすべての書類。