

心身障害者医療費受給者証 交付更新 申請書

負担者番号									
受給者番号									

受給者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日	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			
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	控除対象配偶者および不要親族の合計数 (うち老人不要親族等の数)	人(人)		人(人)	人(人)	人(人)	
③	前年の所得額	円		円	円	円	
控除	④ 雑損	円		円	円	円	
	医療費	円		円	円	円	
	社会保険料	円	※	円	※	円	
	小規模企業共済等掛金	円		円	円	円	
	配偶者特別	円		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
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族数	人	※	円	人	※	円
	障害者・特別障害者 老年者・寡夫婦・勤労学生の別	障特障 寡勤		円	障特障 寡勤	※	円
	地方税法附則	円		円	円	円	円
本年の災害・医療費	円	円	円	円	円	円	
控除後の所得	※		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 令和 年 月 日)						
※ 審査							
所得等の調査について同意します。 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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 井出 敏朗 氏名</div> <div style="text-align: right;">(印)</div>							