

第1号様式（第5条関係）

決 済	課 長	係 長	課 員	担当者	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決済	年 月 日
受給資格の判定		要 重度心身障害者医療費助成対象者と認定し 受給者証を交付してよろしいか		否（理由）		

重度心身障害者医療費受給資格
認定(更新)兼受給者証交付申請書

本 人 氏 名			性 別	男・女	生年 月 日	年 月 日	
世 帯 主 氏 名			本人と の続柄			職業	
住 所							
障 害 内 容	身体障害	交付年月日	交付番号		障 害 名		等 級
	者 手 帳						級
	療育手帳	交付年月日	交付番号		障害の程度		有期判定 (有期期限)
					A ・ B		有 ・ 無 (・)
	そ の 他						
加 入 医 療 保 険 証 等	保険種別	国(一・退)・政府(一・日)・組(一・退)・共・船・後期					本人・家族
	被保険者 氏 名				記 号 番 号		
	保険者名				所在地		
	標準負担額減額認定証等の有無				有 ・ 無		

身体障害者手帳
上記のとおり療育手帳と加入医療保険証等を添えて申請します。

年 月 日

住所
申請者 氏名
(本人との続柄)

湯 沢 町 長 様

(注)記名押印に代えて署名することができます。

第2号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費現況届			
		(助成対象者)	(扶養義務者等)
控除対象配偶者及び扶養義務者の合計数 (うち、老人扶養親族の数) *助成対象者については (ア 老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数) (イ 特定扶養親族の数)		人 (ア 人) (イ 人)	人 (人)
所得額		円	円
諸 控 除	雑損控除	円	円
	医療費控除	円	円
	小規模企業共済等掛金控除	円	円
	配偶者特別控除	円	円
		円	円
	控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める障害者（特別障害者を除く。）である者の数	(人) 円	(人) 円
	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者の数	(人) 円	(人) 円
	助成対象者又は扶養義務者本人について、老年者・寡婦（寡夫）・寡婦特例・勤労学生の別（扶養義務者については障害者・特別障害者も含む）	老・寡・寡特・勤 円	障・特障 老・寡・寡特・勤 円
	社会保険料等相当額	円	円
	控除合計額	円	円
控除後の所得額		円	円
所得制限額		円	円

同意書		
重度心身障害者医療費受給者証の交付に係る所得確認のため、助成対象者及び世帯の課税台帳の閲覧を行うことに同意します。		
年 月 日		
住所		
氏名		

（注）記名押印に代えて署名することができます。