様式第1号

(表)

重度障害者(児)医療費受給資格登録申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　鯖江市長　　　　　殿

申請者住所：鯖江市

（ふりがな）

申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

（　　　　　）　　　　－

次のとおり医療費受給資格の登録を受けたく申請します。また、私および同一世帯員は、所得状況について

地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証番号 | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  |  | |  |  | | 区分 | | | | | | 1　本人　　2　家族 | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者氏名 | | | | | | 性別 | | 続柄 | | | | | 障害の程度 | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 男・女 | |  | | | | | 級 | | | | | | | | | | 大  昭平  令 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 鯖江市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | 銀　　行  　　　　　信用金庫  　　　　　農　　協 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | | 口座番号 | | | | 普・当・(　　)№ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人  （カタカナ） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | 鯖江市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者、加入者または組合員の氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給資格者との続柄 | | | | | | | | |  | | | | 資格取得日 | | | | | | | | | 昭 令  平　　　・　　・ | | | | | | | | |
| 保険者の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 記号番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 他法医療 | | | | | 1　有　　2　無 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏　名 | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  | | | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  | | | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  | | | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 医療費助成決定調書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付 | | 令和　 　年　 　月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | 決定 | | | | | | 令和　 　年　　 月　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 交付 | | | 令和 　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 決定理由 | | 1　条例第2条(第1号、第2号、第3号、第4号)に該当  2　規則第4条に定める所得以下  3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決裁 | 課長 | | 課員 | | | | | | | | | | | | | | 起案 | | | | | | | | | | | | | 医療費助成の可否 | | | | | | | | 1　可　　2　否 | | | | | | | | | | | | | 証 | | | 電 | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | | 有効期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)　1　太枠の欄は記入しないでください。

　　　2　添付書類等　(1)　加入医療保険の被保険証、加入者証または組合員証

　　　　　　　　　　 (2)　身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳および自立支援法受給者証

　　　　　　　　　　 (3)　申請者名義の預金通帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年分　所得 | | 受給資格者 | | 配偶者 | | 扶養義務者 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | |  | | (受給資格者との続柄　　　　　) | | (受給資格者との続柄　　　　　) | | (受給資格者との続柄　　　　　) | | (受給資格者との続柄　　　　　) | |
| 同一生計配偶者および扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数〔受給資格者については、ア同一生計配偶者および老人扶養親族の合計数、イ特定扶養親族の数、ウ16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数)) | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | |
| (　ア　：　　　　人)  (　イ　：　　　　人)  (　ウ　：　　　　人) | | (　　　　　　　人) | | (　　　　　　　人) | | (　　　　　　　人) | | (　　　　　　　人) | | (　　　　　　　人) | |
| 所得額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 控除 | 障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者および扶養親族数 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 |
| 特別障害者である同一生計配偶者および扶養親族数 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 |
| 障害者・特別障害者・寡婦・寡夫・寡婦の特例・勤労学生の別 | 寡・寡特・勤 | 円 | 障・特障・勤 | 円 | 障・特障・寡・寡特・勤 | 円 | 障・特障・寡・寡特・勤 | 円 | 障・特障・寡・寡特・勤 | 円 | 障・特障・寡・寡特・勤 | 円 |
| 雑損 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 医療費 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 社会保険料 | 円 | | 80,000円 | | 80,000円 | | 80,000円 | | 80,000円 | | 80,000円 | |
| 小規模企業共済掛金 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 配偶者特別控除 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 控除後の所得額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 市町村民税の課税状況 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | |
| 所得制限限度額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 所得判定結果 | | 所得制限内・所得超過 | | 所得制限内・所得超過 | | 所得制限内・所得超過 | | 所得制限内・所得超過 | | 所得制限内・所得超過 | | 所得制限内・所得超過 | |

(裏)