

高齢重度障害者医療費受給者証交付申請書

助成対象者	ふりがな..... 氏名	性別 男 女	住所 新温泉町 (電話 -)					
	生年月日							
	後期高齢者医療保険制度 被保険者番号							
配偶者	氏名		住所					
① 扶養義務者	氏名		住所					
	助成対象者との続柄							
所得状況		助成対象者の所得状況		配偶者の所得状況		①の扶養義務者の所得状況		
扶養親族等控除								
②同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数)		人()人		人()人		人()人		
③前年の所得		円		円		円		
④ 控 除	雑損・配偶者		円		円		円	
	医療費		円		円		円	
	社会保険料		円		円		円	
	小規模企業共済等掛金		円		円		円	
	障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※		人 ※		人 ※	
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※		人 ※		人 ※	
	障害者・特別障害者・老年者・寡婦・寡父・勤労学生の別		障・特障 寡・勤 ※		障・特障 寡・勤 ※		障・特障 寡・勤 ※	
地方税法附則第6条第2項又は租税特別措置法第24条若しくは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		円		円		円		
※控除後の所得額		円		円		円		
交付申請事由		1 後期高齢者医療制度に該当となるため 2 障害要件を満たすこととなるため 3 所得要件を満たすこととなるため 4 転入してきたため 5 その他() (交付申請事由発生日 令和 年 月 日)						
障害の状況		障害認定年月日 令和 年 月 日		障害の程度		認定の基準となった書類 ※		
※審査		助成番号		区分		補助事業 単独事業		
<p>年 月 日から 年 月 日までの高齢重度障害者医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 ()</p> <p>住所 新温泉町</p> <p>氏名</p> <p>新温泉町長 様</p>								

福祉医療費受給者証交付に関する調査同意書

新温泉町長 様

福祉医療費受給者証の交付申請を行うに際し、貴職が住民基本台帳及び世帯員全員の所得確認のため町民税課税台帳の閲覧をすることに同意します。また、年度更新時の処理につきましても同様とします。

交 付 申 請 者	(印)		
住 所 (町内名)	新温泉町 ()		
性 別	男 ・ 女	生年月日	T ・ S ・ H ・ R ・ ・

世帯員の記名・押印

	(印)
	(印)
	(印)
	(印)
	(印)
	(印)
	(印)

※年齢を問わず、世帯員全員の記名・押印をお願いします。

※障害・幼児・その他記名が困難な方につきましては、家族等の方に記載していただいても結構です。(押印は必要です。)

※不備があった場合再度提出をお願いすることもありますので、記入漏れのないようお願いします。

なお、貴町より支給を受ける医療費を下記の金融機関へ振込みくださいますようお願いいたします。

[金融機関名]

金 融 機 関	1. 但馬銀行 支店	2. 但馬信用金庫 支店
	3. 鳥取信用金庫 支店	4. たじま農協 支店
	5. 兵庫県信漁連 但馬支店	6.
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	