

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

重度	障害者
----	-----

平成 年 月 日

遠軽町長 様

下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

注) 申請者は①～⑪欄を記入してください。

(※欄は記入しないでください。)

申請者

① 住所 遠軽町 _____

② 氏名 _____ 印

③ 対象者との続柄 (本人・他 _____)

同意書	
重度心身障害者医療費受給者証交付申請及び次年度以降の更新にあたり、私と私の属する世帯主及びすべての世帯員に係る国税および地方税法の規定による所得並びに市町村民税の状況を町長が調査することに同意します。	
④ 氏名 _____	印 _____

※ 受給者番号											
当 初 状 況	⑤ 対 象 者	ふりがな	住所 遠軽町								
		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	電話	-	-		
申 請 の 状 況	⑥ 世 帯 主	ふりがな	住所 遠軽町								
		対象者との続柄							電話	-	-
受 給 資 格 要 件 の 状 況	⑦ 身 体 障 害 者 帳 手 帳	交付年月日 (昭・平)	年	月	日	手帳等級					
		番号 () 第 号									
	⑧ 知 能 指 数 の 判 定	療育帳	交付年月日 (昭・平)	年	月	日	判定	A ・ B			
判定 (診断)		判定(診断)年月日 (昭・平)	年	月	日	総合判定(診断)	重度・中度・軽度				
医 療 保 険	⑨ 被 保 険 者 氏 名 保 種 別	住所	※ 申請者と同一の場合は記入不要						勤務先 又は 証発行 機関名		
		政・国・国退・組・共	記 番 号 号								
障 老 の 状 況	⑩ 前 高 齢 者	高齢受給者証番号	適用年月						年	月	日
		医療受給者証番号	適用年月						年	月	日
※ 添付書類		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> その他									

※ 当 初 決 定 欄	※ 所得状況	1.公簿確認(裏面) 2. 所得証明 3. その他			
	課長	主幹等	係長	担当	税務課
					担当

1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。
2. 次の理由により上記申請を却下する
(理由: 所得制限超過 他 _____)

重度心身障害者医療費受給者証交付に係る主たる生計義務者の所得状況調査書

区 分	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	備考
	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	主たる生計義務者の所得 状況	
① 控除対象配偶者及び扶養親族の 合計数	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	人(人)	
② 前 年 の 所 得 額	円	円	円	円	円	円	
③ 控 除 額 計 (社 会 保 険 料 を 除 く)	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	
④ 控 除 後 の 所 得 額	円	円	円	円	円	円	
⑤ 課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
⑥ 負 担 区 分 該 当 状 況	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月 迄)	
	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 1割負担	
⑦ ※ 認 定 結 果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定	

重度・ひとり親・乳幼児医療給付(北海道医療給付)事業

1 所得制限の対象範囲

主たる生計維持者とし、世帯合算を行わない。 ※ 主たる生計維持者の決定(健康保険者証の主名や所得税等の扶養者、国の各種制度受給状況等)

2 所得の制限

区 分	扶 養 親 族 数						基準 : 特別児童扶養手当法
	0人	1人	2人	3人	4人	5人	
所得額	6,287,000	6,536,000	6,749,000	6,962,000	7,175,000	7,388,000	