

## 重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

稚内市長 様

申請者 住所 稚内市  
氏名  
対象者との続柄  
電話

重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、次のとおり登録を申請します。

※受給者番号				
(ふりがな)		男 女		
氏名				
生年月日		年 月 日生		
個人番号				
居住地		稚内市		
受給資格要件	医療保険の加入状況	保険種類	政・組・日・船・共・国・後	
		被保険者記号番号		
		附加給付	有 ・ 無	
		被保険者		
		保険者の名称		
		(被保険者、組合員又は続柄)		
身体状況	身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	第 号 級
	療育手帳	交付年月日	年 月 日	第 号 級
	判定(診断)	判定(診断)機関名	年 月 日	
	総合判定	重度 ・ 中度 ・ 軽度		

事 由

1.新規  
 新規  
 他の市町村からの転入  
 その他 ( )

上記の事由発生年月日  
年 月 日

(注意) 裏面も忘れずに記入下さい。

※交付事由発生年月日 年 月 日	※審査	<input type="checkbox"/> 該 当	<input type="checkbox"/> 非 該 当
<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	理由		

課 長	主 査	担 当

※印の欄は記入しないでください。

### 関係公簿の閲覧同意書

今後、所得状況の調査等が必要な場合は、関係公簿等を閲覧することに同意します。

年 月 日

受給者氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 配偶者氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 扶養義務者氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

※上記の同意書に記入した者は、以下の事項の記入は必要ありません。

### 所得調査書

年 月 日

稚内市長様

申請者 住所  
氏名

受給者、受給者の配偶者及び受給者の扶養義務者の所得状況は、次のとおりです。

所得状況	受給者	配偶者	扶養義務者	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ( 人 )	人 ( 人 )	人 ( 人 )	
前年の所得額	円	円	円	
控	雑損・医療費	円	円	
	社会保険料等	円	円	
除	普通障害者の数	人 円	人 円	
	特別障害者の数	人 円	人 円	
	・障・特障	・障・特障	・障・特障	・障・特障
	・老・寡婦	・老・寡婦	・老・寡婦	・老・寡婦
	・勤学の別	・勤学	・勤学	・勤学
	円	円	円	
その他の控除	円	円	80,000 円	
控除後の所得額				

※太線の中は、記入しないでください。