

障 受給者証交付申請書

										※ 受給者証		負担者番号		8013							
										受給者番号		9									
対 象 者	氏 名	フリガナ		姓		名		住 所	〒		町名		丁目・番・号		方・荘		1. 電 話		2. ファクシミリ		
																	()				
		大・昭・平・令		年		月			日生												
② 加 入 医 療 保 険	世帯主等(世帯主、組合員又は被保険者)				続 柄		住 所														
							〒		都 道 府 県		区 市 町 村		町名		丁目・番・号		方・荘				
	保 険 種 別		被 保 険 者 証				① 障 害 種 類	1 身体障害		1・2・(内)3級		③ 申 請 事 由	1 身体障害者手帳等の交付を受けたため								
			記 号 番 号					発行機関名		2 知的障害			1・2 度		2 生活保護を受けなくなったため						
1協 2組 3日 4船								※手帳No.		1級		3 転入してきたため(転出した自治体名)									
5共 6国 7後						保険者番号		[手帳交付元自治体名]		手帳申請日		年 月 日		手帳交付日		年 月 日		精神手帳有効期限		年 月 日	
④ 所 得 状 況	ア 対 象 者 等	イ 扶 (同配 老扶 特扶)	ウ 前年の所得額	エ 雑損・医療費	オ 社保(対象者 のみ)・小企	カ 扶養親族等	キ 所得控除		ク 配偶者		ケ 免除所得額	コ 特例控除額	サ 控 除 後 の 所 得 額								
							対 象 者	世帯主等	特別控除	円			円	円							
上記のとおり心身障害者医療費助成制度の受給者証の交付を申請します。										※ 審 査		1 課税台帳等		年 度	控除後の所得額(円)						
												2 交付状況連絡票		年 度							
												3 マイナンバー		年 度							
												4 課税証明書(非)		交 付	令和 年 月 日						
												5 その他			令和 年 月 日						
												()		所 得	1 非課税		始 期	申請者と協議済み			
															2 課 税			規則第7条第4項の適用			

※印は、記入しないでください。