第２号様式（第６条関係）

重度障害者医療費助成資格取得申請書

　（宛先）秦野市長

　次のとおり、医療証の交付を申請します。

申請に当たり、所得状況を公簿等により確認すること及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第１９条第８号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会することに同意します。

氏名

|  |
| --- |
| 申請年月日　　　・　　・ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 続　柄 | 転入年月日　　　　年　　月　　日前住所 |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 | －　　　　　－ | 申請理由１　身体障害 １・２ 級２　知的障害 A1・A2・IQ（　　）３　合併　身体 １・２ 級　　　　　知的 A1・A2・IQ（　　）４　筋ジストロフィー５　精神障害１級６　その他（　　　　　　　　　）　　 |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | ･ 　・ |
| 個人番号 |  |  |  |  | ‐ |  |  |  |  | ‐ |  |  |  |  |
| 住　　所 |  |
| （手帳交付日・判定年月日）年　　月　　日　（交付・承認・判定）　 |
| 電　　話 | －　　　　　－ |
| 加　　入　　保　　険 | 種類 | １国保 ２組合 ３協会 ４日雇 ５船員　６共済 ７後期高齢 ８その他（　　　　　） | 振込金融機関 | 銀行・金庫農協・組合 |
| 被保険者名 |  | 本店・本所支店・支所 |
| 記号 |  |
| 番号 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号 |  | 名義人(ｶﾀｶﾅ) |
| 保険者名 |  | 生活保護の受給状況　　　　　有 ・ 無 |
| 所在地 |  | 小児等医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成の該当　　　　 有 ・ 無 |
| 電話 | －　　　　　－ | 特定疾病療養受療証　　　　　有 ・ 無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民№ |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者№ |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　　記　　入　　欄 | 当初手帳交付年月日(当初判定年月日) | ６５歳到達日 | 年齢確認 | 今回資格発生事由年月日 | 資格取得日 | 控除後の所得額 | 台帳処理 |
| ・　　・ | ・　　・ | 可・不可 | ・　　・ | ・　　・ | 円 |  |
| 年分 所得の合計額 | 譲渡所得 | 控除の合計額 | 扶養親族等の数 | 所得限度額 |
| 扶養人数 | ０ | １ | ２ |
| （千円） | 3,604 | 3,984 | 4,364 |
| 円 | 有・無 | 円 | 人 | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 4,744 | 4,782 | 4,820 | 4,858 |
| 補助金申請区分 | 県 | 市 |
| 雑損控除額 | 医療費控除額 | 社会保険料控除額 | 小規模企業共済等掛金控除額 | 配偶者特別控除額 | 老人控除対象配偶者・老人扶養親族　　人 | 特定扶養親族　人　人 | 障害者控除額障害　　人・特別　　人 | 寡婦･寡夫･勤労学生控除額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 万円 | 10 | 25 | 27・特40 | 27・特35 |
| 万円 | 万円 | 万円 | 万円 |
| 処理欄 | 　　　　□医療証交付□認定□所得制限による助成停止 | 決裁欄 | 課長 | 課長代理 | 担当 | 受付者 | 起案日 | 　　・　 ・ |
|  |  |  |  | 決裁日 | 　　・　 ・ |
| □却下　（理由　　　　　　　　　） | 交付日 | 　　・　 ・ |