

重度心身障害老人等福祉助成券交付（更新）申請書

年 月 日

高島市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 () _____

高島市重度心身障害老人等福祉助成費助成要綱第4条の規定により、助成券を交付されたく申請します。
なお、認定または有効期間の更新にあたり、世帯の所得・税額等の状況を調査・確認されることに同意します。

| | | | | | | | |
|-------|---------|-----------|--------|-----|--------|----------------|--|
| 助成対象者 | ふりがな | | | 男・女 | 個人番号 | | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 居住地 | | | | | | |
| 福祉番号 | | 受番 給者号 | | | 加入医療保険 | | |
| | | | | | 記号番号 | | |
| | 身体障害者手帳 | 号 | 1・2・3級 | | 保険者名 | | |
| | 療育手帳 | 号 | A・B | | 所在地 | | |

| ※ 事務処理欄 | | 助成対象者の所得状況 | | 配偶者の所得状況 | | 扶養義務者の所得状況 | |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------|---|---------------|------|---------------|---|
| ⑤ | 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち障害・老人扶養親族の数) | 人 (障 老 人 人) | | 人 (障 老 人 人) | | 人 (障 老 人 人) | |
| ⑥ | 前年の所得額 | 円 | | 円 | | 円 | |
| ⑦ 控 除 | 雑損 | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 医療費 | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 社会保険料等相当額 | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 小規模企業共済等掛金 | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 配偶者特別控除 | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 | 人 | ※ | 円 | 人 | ※ | 円 |
| | 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 | 人 | ※ | 円 | 人 | ※ | 円 |
| | 障害者、特別障害者、勤労学生、寡婦、ひとり親控除 | 障 特障 | ※ | 円 | 障 特障 | ※ | 円 |
| 地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額 | 円 | | 円 | | 円 | | |
| ※ | 本年の災害 | 円 | ※ | 円 | 円 | ※ | 円 |
| ※ | 控除後の所得 | 円 | | 円 | | 円 | |
| ※ | 課税の区分(市民税) | 課税・非課税 | | 課税・非課税 | | 課税・非課税 | |