

# 福祉医療費受給券 { 交付・更新 } 申請書

① 助成対象者	氏名		男女別	個人番号 生年月日	現住所	C 加入医療保険 記号番号・保険者名・所在地		附加	助成対象
	A 本人 (母父等)		男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
1母8才未満の扶養児童する	B		男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
			男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
			男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
			男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
② 配偶者	夫・妻		男 女	昭・平・令 年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
③ 扶養義務者			男 女	昭・平・令 年 月 日		摘 要			
④ 保護者			男 女	昭・平・令 年 月 日					

所得状況 扶養親族等控除	助成対象者の所得状況	配偶者の所得状況	③の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 人 ) 老 人	人 ( 障 人 ) 老 人	人 ( 障 人 ) 老 人	
⑥ 前年の所得額	円	円	円	
⑦ 控除	雑損	円	円	
	医療費	円	円	
	社会保険料等相当額	円	円	
	小規模企業共済等掛金	円	円	
	配偶者特別控除	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 ※	人 ※	人 ※
	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 ※	人 ※	人 ※
障害者、特別障害者、勤労学生、寡婦、ひとり親控除	障 特障 ※	障 特障 ※	障 特障 ※	
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 ※	
※ 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	
⑧ 身体障害者手帳番号	号	1・2・3 級	⑩ 特別児童扶養手当証書番号 号 級	
⑨ 療育手帳番号	号	A・B	⑪ 児童扶養手当証書番号	
			⑫ 年金証書番号	

上記のとおり福祉医療費受給券の交付(更新)を申請します。  
 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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

高島市長 様

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

○ 裏面の注意をよく読んで書いてください。 ○ 重度心身障害者(児)の方は、身体障害者手帳または療育手帳を持参してください。  
 ○ ※印欄は記入しないでください。