様式第30号（第21条関係）

調査書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者受理番号及び年月日 | | | 第　　　　号  　　年　　月　　日 | | | | | 身体障害者手帳番号 | | | 県　　　　号 | | |
| 申請者氏名及び生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 当該世帯の最多収入者であるか、ないか | | あるない |
| 住所 | | | 丸亀市 | | | | | | | | | | |
| 世帯員の状況 | 氏名 | | | 続柄 | | 市町村民税課税の有無 | | | | 前年分の所得税額 | | 備考 | |
|  | | | 世帯主 | |  | | | |  | |  | |
| 世帯区分 | １ | 被保護世帯又は市町村民税非課税世帯 | | | ２ | | 所得税非課税世帯 | | ３ | 所得税課税世帯  （月平均所得税額　　　　　円） | | | |
| 上記のとおり確認しました。  　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　調査者　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |
| 徴収基準（月）額又は加算基準（月）額 | | | | 円（×１／２＝　　　　　　　　円） | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉司の意見 | | | |  | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  丸亀市福祉事務所長 | | | | | | | | | | | | | |

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針） | |
| 公費負担の対象となる障害 |  |
| 医療の具体的方針 |  |
| 特定疾病療養受療証 | 有・無 |

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。