

第1号様式（第2条、第5条関係）

障 心身障害者医療費受給資格証 交付（更新）申請書

対 象 者	ふりがな	居住地 (住所)
	氏 名	
	生年月日	
配 偶 者	氏 名	住 所
扶 養 義 務 者	氏 名	住 所
	対象者との続柄	

所 得 状 況	対 象 者	配 偶 者	① 扶 養 義 務 者
② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者)の合計数)	人 (人)	人 (人)	人 (人)
③ 所 得 額	円	円	円
雑 損	円	円	円
医 療 費	円	円	円
社 会 保 険 料	円	円	円
小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円	円	円
配 偶 者 特 別	円	円	円
④ 控 除	障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円
	特別障害者である同一生計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・寡婦 ・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひ・勤 ※ 円	障・特障・勤 ※ 円
	肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円
※ 控 除 後 の 所 得 額	円	円	円

加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	対象者との続柄	住 所
	⑤ 保 険 種 別	国(市町村・退・組) 本人 被保険者証 健(協会・組・日)・船・共 家族 の記号番号	
	保 険 者 番 号 及 び 名 称		

⑥ 交 付 申 請 事 由	1 心身障害者になったため 4 その他 () 2 転入してきたため (交付事由発生年月日) 3 保険に新たに加入したため 年 月 日
※ 審 査	認 定 ・ 却 下

上記のとおり心身障害医療費受給資格証の交付を申請いたします。

年 月 日

申請者

住所
氏名

御杖村長 殿

- (注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は、楷書ではっきり書いてください。