

第 1 号様式（第3条、第7条関係）

|                                                                                                                                                            |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|---------------------------------|-------|--------------|--|
| 重度心身障害老人等医療費助成 交付 （更新） 申請書                                                                                                                                 |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| 対象者                                                                                                                                                        | 後期高齢者医療被保険者番号                                     |  |  |  |  |  |  |  |           | 氏 名                             | 男 女   |              |  |
|                                                                                                                                                            | 後期高齢者医療被保険者番号                                     |  |  |  |  |  |  |  |           | 生年月日                            | 年 月 日 |              |  |
| 所 得 状 況                                                                                                                                                    |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           | ① 助 成 対 象 者                     |       | ② 配偶者及び扶養義務者 |  |
| 氏 名                                                                                                                                                        |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| ③ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数<br>(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歳以上の同一生計偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳移住夫19歳未満の者)の合計数)                                            |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           | ( 人 )                           |       | ( 人 )        |  |
| ④ (ひとり親家庭等の者で該当する場合のみ記入)<br>③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童                                                                                            |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           | 人                               |       | 人            |  |
| ⑤ 所 得 額                                                                                                                                                    |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
| ⑥ 金 品 等 の 額                                                                                                                                                |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
| 控 除                                                                                                                                                        | 雑 損                                               |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
|                                                                                                                                                            | 医 療 費                                             |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
|                                                                                                                                                            | 社 会 保 険 料                                         |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
|                                                                                                                                                            | 小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金                               |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
|                                                                                                                                                            | 配 偶 者 特 別                                         |  |  |  |  |  |  |  |           | 円                               |       | 円            |  |
|                                                                                                                                                            | 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                               |       | 人            |  |
|                                                                                                                                                            | ※ 円                                               |  |  |  |  |  |  |  |           | ※ 円                             |       | ※ 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                               |       | 人            |  |
|                                                                                                                                                            | ※ 円                                               |  |  |  |  |  |  |  |           | ※ 円                             |       | ※ 円          |  |
|                                                                                                                                                            | 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の特                          |  |  |  |  |  |  |  |           | 障・特障・寡婦・ひ・勤                     |       | 障・特障・寡婦・ひ・勤  |  |
| ※ 円                                                                                                                                                        |                                                   |  |  |  |  |  |  |  | ※ 円       |                                 | ※ 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     |              |  |
| ※ 審 査                                                                                                                                                      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  | 認 定 ・ 却 下 |                                 |       |              |  |
| ⑧ 交付申請事由                                                                                                                                                   | 心身障害の方<br>該当する番号を○で囲んでください。<br>(1. については () 内の符号) |  |  |  |  |  |  |  |           | 1. 身体障害者手帳(イ. 1級 ロ. 2級)を所持している。 |       |              |  |
|                                                                                                                                                            | ひとり親家庭等の方<br>該当する番号を○で囲み、<br>□枠内を記入してください。        |  |  |  |  |  |  |  |           | 2. 療育手帳のA1・A2を所持している。           |       |              |  |
| 1. 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの                                                                                                                                |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)                                                                                                                               |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| 2. 父母のない児童を養育している配偶者のない女子又は男子、<br>婚姻をしたことのない女子又は男子                                                                                                         |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)                                                                                                                               |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| 上記のとおり申請します。なお、申請にあたり、以下のことを確認し、同意します。<br>また、助成金は裏面記載の口座に振り込んで下さい。<br>・本助成制度の助成要件の審査を受けるために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。<br>・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。 |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| 年 月 日 申請者 住所 氏名                                                                                                                                            |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| 御杖村長 殿                                                                                                                                                     |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |
| ※印は、記入する必要はありません。                                                                                                                                          |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |                                 |       |              |  |

第1号様式（第3条、第7条関係）

（裏面）

＜助成金振り込み口座＞

|                 |         |                    |  |  |  |                 |  |  |  |
|-----------------|---------|--------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| 口座<br>振替<br>依頼欄 | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |
|                 | 金融機関コード |                    |  |  |  | 店舗コード           |  |  |  |
|                 | 預金種別    | 普通・当座・その他          |  |  |  | 口座番号            |  |  |  |
|                 | フリガナ    |                    |  |  |  |                 |  |  |  |

\* 申請者と別の方の口座への振替を希望される場合は、下記にご記入下さい。

（委任状）

私は、を代理人と定め、次の権限を委任する。

重度心身障害老人等医療費助成金の受領に関すること。

申請者の住所、氏名

代理人の住所、氏名