

(第5条関係)

決裁	部長	課長	係長	係員	担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日
受給資格の判定	要 重度心身障害者医療費助成対象者と認定し、受給者証を交付してよろしいか。				否 (理由)		

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
世帯主氏名		本人との続柄	本人・配偶者・子・その他 ()		
住所	南魚沼市				
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障害名	等級
					1級・2級・3級
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定 (有期期限)
				A	無・有 ()
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	等級	有効期限
			1級		
その他					
加入医療保険	被保険者氏名		記号番号		
	保険者名		所在地		
	標準負担額減額認定証の有無			有 ・ 無	

上記のとおり 身体障害者手帳
療育手帳
精神障害者保健福祉手帳
と加入医療保険証等を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

南魚沼市長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

(第5条関係)

重度心身障害者医療費現況届			
	助成対象者の氏名	扶養義務者等の氏名	
同一生計配偶者及び扶養義務者の合計数 (うち、老人扶養親族の数)	人	人	
*助成対象者については		(人)	
(ア 同一生計配偶者のうち七十歳以上の者及び 老人扶養親族の合計数)	(ア 人)		
(イ 特定扶養親族の数)	(イ 人)		
所得額	円	円	
諸 控 除	雑損控除	円	円
	医療費控除	円	円
	小規模企業共済掛金等掛金控除	円	円
	配偶者特別控除	円	円
		円	円
	同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に 定める障害者(特別障害者を除く)である者の数	人 円	人 円
	同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に 定める特別障害者である者の数	人 円	人 円
	助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦・ ひとり親・勤労学生の別(扶養義務者については 障害者及び特別障害者を含む)	寡・ひとり・勤	障・特障 寡・ひとり・勤
	社会保険料等相当額	円	円
	控除合計額	円	円
控除後の所得額	円	円	
所得制限額	円	円	
所得制限の該当・非該当の別	該当・非該当	該当・非該当	

上記のとおり、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。
 なお、認定にあたり、所得状況等について必要な調査をすることに同意します。

年 月 日

届出者 住所
氏名

(あて先) 南魚沼市長

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

届出者になれる方は、助成対象者又は扶養義務者本人及び保護者です。