

重度心身障害老人等福祉助成券交付申請書

年 月 日

高 島 市 長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____

高島市重度心身障害老人等福祉助成費助成要綱第4条の規定により、助成券を交付されたく申請します。
 なお、申請にあたり、下記の2点について同意します。

1. 受給申請時および受給期間中に、助成対象者、配偶者および扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格にかかる項目について調査・確認すること。
2. 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算含む）のうち、福祉医療受給にかかる分の申請および受領について、市長に委任すること。

助成対象者	ふりがな			男・女	個人番号		
	氏名				生年月日	大・昭 年 月 日	
	居住地						
福祉番号	受番給者号			加入医療保険			
					記号番号		
身体障害者手帳		号	1・2・3級		保険者名		
療育手帳		号	A・B		所在地		

※ 事務処理欄	助成対象者の所得状況	配偶者の所得状況	扶養義務者の所得状況	
⑤ 同一生計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 老 人)	人 (障 老 人)	人 (障 老 人)	
⑥ 前 年 の 所 得 額	円	円	円	
⑦ 控 除	雑 損 費	円	円	円
	医 療 費	円	円	円
	社 会 保 険 料 等 相 当 額	円	円	円
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円	円	円
	配 偶 者 特 別 控 除	円	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 円	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	人 円
	障害者、特別障害者、寡婦、ひとり親、勤労学生の特 障 特 障 障 特 障 寡 寡 寡 寡 勤 勤 勤 勤	円	円	円
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	

○ ※印欄は記入しないでください。
 ○ 身体障害者手帳または療育手帳を持参してください。