

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

網走市長 様

申請者 住 所 網走市
氏 名
個人番号
対象者との続柄
自宅の電話番号 ー

下記のとおり重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。
記

※ 受給者番号		個人番号					
申請内容	対象者の状況	フリカゝナ		住 所			
		対 象 者					
		生年月日		大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
		フリカゝナ		住 所			
		世 帯 主					
	受給資格要件の状況	対象者との続柄					
		身体障害者手帳		交付年月日 年 月 日 番 号 第 号	身体障がい の 等 級	級	
		精神保健福祉手帳		交付年月日 年 月 日 番 号 第 号	精神障がい の 等 級	級	
		知能指数の判定	療育手帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 号	判 定	A ・ B	
			判 定 (診断)	判定 (診断) 年月日 年 月 日 判定 (診断) 機関名	総合判定 (診 断)	重度 ・ 中度 ・ 軽度	
医療保険		種 別	協・組・船・共・国・高	記号 番号	課 税 非課税	付加 給付	有・無
		被保険者 (世帯主)		保険者名			
添 付 書 類							
※ 決定欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 ・ ・ から有効 2. 上記申請のとおり障老の受給者証を交付する。 ・ ・ から障老 3. 次の理由により上記申請を却下する。						
	却 下 理 由						

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。 台帳 / 受給者証 /

同 意 書

私は医療費受給者証交付のために、受給期間中に限り、網走市が主たる生計維持者の所得の状況について、所得額を調べ又は確認を求める（所得証明書の交付を含む。）ことについて同意します。

令和 年 月 日 住 所
網走市長 様 網走市
氏 名
個人番号（ ）

※ 下欄には記入しないで下さい。

所 得 額 計 算 書

所 得 金 額		控 除 額	
総 所 得		雑 損	
退 職 所 得		医 療 費	
山 林 所 得		小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	
土 地 等 事 業 所 得		配 偶 者 特 別	
長 期 譲 渡 所 得		障 害 者 ・ 特 別 障 害 者	
短 期 譲 渡 所 得		本 人	老 年 者
養育費の 80/100 相当額			寡 婦 ・ 寡 夫 ・ 特 別 寡 婦
肉用牛売却事業所得	△		勤 労 学 生
		社 会 保 険 料	一律 80,000
所 得 金 額 計 ①		控 除 額 計 ②	

・ 扶養親族等の数（うち老人扶養親族） 人（ ）人
・ 所得制限限度額 円 . . . ③
① - ② - ③ = 所得限度額超過額 円 認 定 ・ 非 認 定

令和 年 月 日 公簿により確認 確認者

所 得 制 限 限 度 額 表

【重度心身障害者医療費】

※ 所得限度額 . . . 国の児童扶養手当の扶養義務者の限度額と同額
※ 適用する所得対象者 . . . 主として本人の生計を維持する方（本人・扶養義務者など）

扶養人数	所得限度額	給与収入に換算した額
0 人	6, 2 8 7, 0 0 0 円	8, 3 1 9, 0 0 0 円
1 人	6, 5 3 6, 0 0 0 円	8, 5 9 6, 0 0 0 円
2 人	6, 7 4 9, 0 0 0 円	8, 8 3 2, 0 0 0 円
3 人	6, 9 6 2, 0 0 0 円	9, 0 6 9, 0 0 0 円
4 人	7, 1 7 5, 0 0 0 円	9, 3 0 6, 0 0 0 円
5 人	7, 3 8 8, 0 0 0 円	9, 5 4 2, 0 0 0 円

(注) ・ 以下、扶養人数 1 人につき、所得限度額に 2 1 万 3 千円を加算
・ 老人扶養親族があるときは、1 人につき 6 万円を加算