

心身障害者医療給付金受給資格取得申請書

受給者番号 _____

申請者	ふりがな		住所		
	氏名 男・女				
	生年月日 年 月 日生				
	白山市における過去の受給者番号				
配偶者	氏名		住所		
① 扶養義務者	氏名		住所		
	申請者との続柄				
所得状況		申請者	配偶者	①扶養義務者	
② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族等の数)		人(人)	人(人)	人(人)	
③ 前年の所得額		円	円	円	
控除	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	
	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円	
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円	
除	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・特定寡婦・勤労学生の特	障・特障・特寡・勤 ※ 円	障・特障・勤 ※ 円	障・特障・特寡・勤 ※ 円	
	その他	円	円	円	
※ 控除後の所得額		円	円	円	
加入医療制度	被保険者氏名	申請者との続柄	住所		
	⑤ 医療制度種別		被保険者証の記号番号	付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号)	所在地		
⑥ 受給資格取得申請事由		1 身体障害者手帳、療育手帳 又は精神障害者保健福祉手帳交付による 2 転入してきたため 3 医療制度に新たに加入したため (受給資格取得事由発生年月日 年 月 日)			
※ 審査					
上記のとおり、心身障害者医療給付金受給資格の取得を申請します。 なお、上記の認定に必要な範囲で、世帯に係る所得調査に同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) (宛先) 白山市長					