

						負担者番号									
						受給者番号									
受給者フリガナ氏名		生年月日		住所											
配偶者氏名		住所													
①扶養義務者氏名		受給者の続柄		住所											
取得状況 扶養親族等控除		受給者の取得情報			配偶者の所得情報			①の扶養義務者の所得状況							
② 控除対象配偶者および扶養親族の合計数（うち老人親族等の数）		人（ ）人（ ）			人（ ）人（ ）			人（ ）人（ ）							
③ 前年の所得額		円			円			円							
④ 控 除	雑損		円		円			円							
	医療費		円		円			円							
	社会保険料		円		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		円		人円		円				
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族数		人円		人円		円		人円		円				
	障害者・特別障害者高齢者・寡夫婦・勤労学生の特例		障・特障寡婦・勤円		障・特障老年・勤円		円		障・特障老年・勤円		円				
	地方税法附則		円			円			円						
	本年度の災害・医療費		円円		円円		円円		円円		円				
	その他														
	控除後の所得		円			円			円						
	加入医療保険	被保険者氏名				受給者の続柄				住所					
⑤ 保険種別					国組		記号番号				付加給付等の有無		有・無		
保険者名		(保険番号)			所在地										
受給者証交付申請事由			1. 身体障害者手帳1. 2. 3級・療育手帳・精神障害者福祉手帳1級の所有となったため 3. 保険に新たに参加したため 4. その他() 2. 転入のため (交付事由発生前年 月 日)												
※審査															
上記のとおり心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。 年 月 日 石川県珠洲市長 住所 氏名															