

(表)

福祉医療(障害・ひとり親)費受給者証交付申請書

対 象 者	ふりがな							生年月日	年 月 日							
	氏 名															
	住 所		京都府船井郡京丹波町						電話番号							
配 偶 者 (※児童の場合養育者)	ふりがな				住 所					電話 番号						
	氏 名		(※児童の場合：対象者との続柄：)													
扶養義務者	ふりがな				住 所					対象者 との 続柄						
	氏 名															
障害者手帳・ 知能指数判定書			(身 体 ・ 療 育 ・ 精 神)			等級等	IQ 級	手帳番号 又は証書 記号番号		手帳交付 又は 支給開始 年月日						
受給している年金・ 手当等の名称																
加 入 医 療 保 険	ふりがな					住 所					対象者 との 続柄					
	被保険者氏名 組合員(世帯主)氏名															
	保険種別	協会 けんぽ	健保 組合	共済 組合	市町村 国保	国保 組合	その他	被保険者 記号番号			付加給付等の 有無	有 ・ 無				
	保険者名称							所在地								
上記のとおり、福祉医療(障害・ひとり親)費受給者証の交付を申請します。 なお、受給者資格に関する審査のため、本人及び世帯員の所得状況等について、京丹波町長が調査・確認することに同意します。										※京丹波町記入欄 審査結果 (該当 ・ 非該当)						
年 月 日 京丹波町長 様 申請者										住 所 氏 名						
										受給者証番号						

(裏)

	所得の状況		区分	対象者	配偶者（児童の場合養育者）	扶養義務者
	所得の内訳		氏名			
世帯の所得状況	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数			人	人	人
	うち老人扶養親族の数			人	人	人
	うち特定扶養親族の数			人	人	人
	うち16歳以上19歳未満の数			人	人	人
	前年の所得			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	人	人
				円	円	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	人	人
				円	円	円
		障害者・特別障害者・ひとり親・寡 婦・勤労学生の特	障・特障・ひ親・寡・勤学		障・特障・ひ親・寡・勤学	障・特障・ひ親・寡・勤学
			円	円	円	円
		免税所得		円	円	円
		本年の災害・医療費		円	円	円
	控除後の所得額			円	円	円