|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第６条、第９条関係）　精神障害者医療費受給資格認定（更新）申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 後期高齢者医療被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　　女 |
| 後期高齢者医療保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　得　　状　　況 | ①助成対象者 | ②配偶者及び扶養義務者 |
| 氏　　　　　　　　名 |  |  |  |
| 個　　人　　番　　号 |  |  |  |
| ③ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(助成対象者については、70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数)） | 　　　　　　　　 人(　　　　　　　　人) | 　　　　　　　　 人( 　　　　　　　 人) | 　　　　　　　　 人( 　　　　　　　 人) |
| ④ 所　　　　　 得　　　　 額　 | 　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 |
| ⑤ 金 　 品 　 等 　 の 　 額 | 円 | 　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 |
| ⑥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 ・ 寡婦 ・ひとり親 ・ 勤労学生の別 | 障 ・ 特 障 ・寡婦 ・ ひ ・勤 | 障 ・ 特 障 ・寡婦 ・ ひ ・勤 | 障 ・ 特 障 ・寡婦 ・ ひ ・勤 |
| ※ 　円 |  ※ 　 円 | ※　　　　　　　円 |
| 肉用牛の売却による農業所得についての免除額 | 円 | 円 | 円 |
| ※　 控 除 後 の 所 得 額 | 円 | 円 | 円 |
| ※ 審　　　　　　　　 　　　　　　　　査 | 認　　　定　　　・　　却　　　下 |
|  |
| ⑦申請事由 | 精神障がい者の方 | 精神障害者保健福祉手帳を所持している。 （　　　級）　　交付日　　　　　　　　年　　月　　日　　有効期限　　　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |
| ⑧ 資 格 発 生 日 | 　　　　 　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 上記のとおり申請します。　　　　年　　　月　　　日（宛先）　橿原市長　申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※は記入する必要はありません。 |