|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |