

* 後期高齢者医療被保険者番号	
* 受給者番号	

重度心身障害者等医療費受給者認定（更新）申請書

小松島市長 様

年 月 日

次のとおり、重度心身障害者医療費受給者の認定を申請します。

(1) 重度心身障害者医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに医療費の助成にあたり、私及び私の同一世帯員(配偶者、税法上の扶養義務者、同じ健康保険に加入する家族も含む。)の住民基本台帳、地方税関係情報（※マイナンバー制度による情報連携を含む。）、健康保険の加入状況及び療養費給付状況について、小松島市が確認することに同意します。

(注意) ※に同意しない場合は、前文の(※)部分を二重線で消してください。その場合、所得課税証明書の提出が必要となります。同意する場合は申請者氏名は自署でお願いします。

(2) 小松島市が医療機関等に立替払をした一部負担金において高額療養費及び高額介護合算療養費に該当した場合、その高額療養費等は、小松島市が医療機関等に立替払をした一部負担金の返還金として充当していただきますよう、その受領を委任します。

受給者 (申請者)	フリガナ	男	手帳交付年月日	年 月 日	
	氏名	女	番号		
	居住地 (住所)	小松島市	生年月日	年 月 日	
	電話番号 <small>日中連絡可能な番号</small>		個人番号		
1月1日の住所地 (課税市区町村)	今年	<input type="checkbox"/> 小松島市 <input type="checkbox"/> 市外【 都・道・府・県 市・区・町・村】 <input type="checkbox"/> 海外			
	昨年	<input type="checkbox"/> 小松島市 <input type="checkbox"/> 市外【 都・道・府・県 市・区・町・村】 <input type="checkbox"/> 海外			
配偶者	フリガナ	生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号			
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる ()			
① 扶養義務者	フリガナ	生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号			
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる ()			
所得状況		受給者の所得状況	配偶者の所得状況	①の扶養義務者の所得状況	
扶養親族等控除					
②同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		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	
	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 *	円	人 *	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 *	円	人 *	円
	障害者・特別障害者・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の特例 地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)等に係る所得額	円	円	円	円
本年の災害・医療費	円 *	円	円 *	円	
* 控除後の所得額					
健康保険	保険者名	記号番号	附加給付等の有無	有・無	
	被保険者 (受給者本人の場合は省略)	氏名	受給者との続柄		
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる⇒ ()			
⑤ 受給者認定申請事由		1 重度障害を有するようになったため	2 転入してきたため (交付事由発生前年月日 年 月 日)		
		3 保険に新たに加入したため	4 その他 ()		

(受給者以外が来庁の場合に記入)

来庁者	氏名	続柄	住所 (受給者の住所と異なる場合のみ記入)
	電話番号 <small>日中連絡可能な番号</small>		

注 意

- ①の欄 あなたの子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主としてあなたの生計を維持している人について書いて下さい。
- ②の欄 所得税法に定める同一生計配偶者及び扶養親族の合計数を書いて下さい。なお、所得税法に定める老人扶養親族があるときはその人の数を()内に再掲して下さい。
- ③の欄 前年の所得のうち、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、長期・短期譲渡所得金額及び所在地等に係る事業所得の金額の合計を書いてください。なお、所得の額がないときは「なし」と書いてください。
- ④の欄
- 「雑損」、「医療費」、「社会保険料」、「小規模企業共済料金」及び「配偶者特別」の欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、社会保険料控除又は小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除を受けたときに、それぞれの控除額を書いて下さい。
 - 「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」の欄には、②の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を書いて下さい。
 - 「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」欄には、②の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を書いてください。
 - 「障害者・特別障害・高齢者・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の別」欄には、あなたや扶養義務者等が地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、高齢者(受給者については不要)、寡夫(婦)・寡婦の特例又は勤労学生であるときに、該当するものを○でかこんで下さい。
 - 「地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)等に係る所得額」の欄には、地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)又は租税特別措置法の一部を改正する法律(平成7年法律第55号)附則第12条の免除(開墾地等の農業所得の免除)若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条(土地改良事業施行地の後作所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を書いて下さい。
 - 「本年の災害・医療費」の欄には、その損失の金額又はあなたの医療費の額を書いて下さい。
- ⑤の欄 該当するものに○をつけて下さい。3まで該当するものがない場合には、4に○を付けて()内に受給者認定申請事由を書いて下さい。

添付書類

この申請書には、次の書類を提示し、あるいは添えて出して下さい。

重度心身障害者等医療対象者	提示書類	添付書類
知的障害者(IQ35以下)	医療保険に加入していることが分かるもの 療育手帳	療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)
身体障害者手帳1級所持者	医療保険に加入していることが分かるもの 身体障害者手帳	
身体障害者手帳2級所持者 (3か月以上要介護のもの)	医療保険に加入していることが分かるもの 身体障害者手帳	医師の証明及び民生委員の意見書(身障2級用)(様式第11号)
身体障害者手帳2級所持者 (3か月以上の介護不要のもの)	医療保険に加入していることが分かるもの 身体障害者手帳	
重複障害者	医療保険に加入していることが分かるもの 身体障害者手帳 療育手帳	療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)

上記の他

- ④欄に記載すべき事実があるときは、その事実を明らかにすることができる書類
- 本年において、災害により生じた損失があった場合又は重度心身障害者等に係る医療費を支払った場合は、市町村長の被災についての証明又は医療機関等の医療費等に関する証明
- 他市町村から転入した場合は、前年の所得の額並びに同一生計配偶者及び扶養親族の数についての当該市町村長の証明書