

様式第2号(第5条関係)

重度心身障がい者医療費現況届			
	(助成対象者)	(扶養義務者等)	
同一生計配偶者及び扶養義務者の合計数 (うち、老人扶養親族の数) *助成対象者については (ア 同一生計配偶者のうち70歳以上の者及び 老人扶養親族の合計数) (イ 特定扶養親族の数)	人 (ア 人) (イ 人)	人 (人)	
所得額	円	円	
諸 控 除	雑損控除	円	円
	医療費控除	円	円
	小規模企業共済等掛金控除	円	円
	配偶者特別控除	円	円
	円	円	
同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める障害者(特別障害者を除く。)である者の数	人 円	人 円	
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者の数	人 円	人 円	
助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦(寡夫)・寡婦特例・勤労学生の別(扶養義務者については障害者・特別障害者も含む。)	寡・寡特・勤	障・特障 寡・寡特・勤	
社会保険料等相当額	円	円	
控除合計額	円	円	
控除後の所得額	円	円	
所得制限額	円	円	
所得制限の該当・非該当の別	該当・非該当	該当・非該当	

上記のとおり、医療費等の助成に必要な所得の内容について届け出ます。
なお、世帯の収入状況を地方税法に基づく課税台帳により確認することについて承諾します。

年 月 日

住所
届出者
氏名

(宛先) 三条市長