

様式第2号(第5条関係)

重度心身障害者医療費現況届			
		(助 成 対 象 者)	(扶 養 義 務 者 等)
個 人 番 号			
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	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
	特定親族特別控除	円	円
控		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
除	助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦・ひとり親・勤労学生の特例(扶養義務者については障害者・特別障害者も含む。)	寡・ひとり・勤	障・特障 寡・ひとり・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、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。

令和 年 月 日

届出者

住所 燕市 _____
(電話番号 _____)

氏名 _____ 印

燕市長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。