

様式第2号(第5条関係)

重度心身障がい者医療費助成現況届			
	(助成対象者)	(扶養義務者等)(続 柄) ()	
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七十歳以上の者及び 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・みなし適用対象者・勤労学生(扶養義務者については障害者・特別障害者も含む)の別	寡・寡特 みなし・勤	障・特障 寡・寡特 みなし・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

住所
届出者
氏名

十日町市長 様 印

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

受給者No.