

様式第2号（第4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	— —	— —	
控除対象配偶者及び扶養義務者の合計数 (うち、老人扶養親族の数)	人	人	
*助成対象者については (ア 老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	(ア 人)	(人)	
(イ 特定扶養親族の数)	(イ 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
	控除対象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
	控除対象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、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。

年 月 日

住所

届出者 氏名

糸魚川市長 様

印

※太枠の中をご記入ください。

※扶養義務者欄には、同一世帯における助成対象者の配偶者若しくは子、父母その他の直系血族の中で最も所得の多い方をご記入ください。