

様式第2号（第4条関係）

重度心身障害者医療費現況届（兼同意書）			
	（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）	人	人	
*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）	（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	
	医療費控除	円	
	小規模企業共済等掛金控除	円	
	配偶者特別控除	円	
	特定親族特別控除	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・ひとり親・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。）	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。
年 月 日
住所
届出者
氏名
糸魚川市長 様

（注）記名押印に代えて署名することができます。