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) |
| 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・ひとり親・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・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　　　　　　　　　　印  　(宛先)村上市長 |

(注)　記名押印に代えて署名することができます。