

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 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	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 届出者 氏 名</p> <p>(あて先)胎内市長</p>			