

障害者医療費受給者証交付申請書

☐新規
☐更新



(宛先) 京 都 市 長		年 月 日	
申請者の住所 京都市 区		申請者の氏名	
(電話) - (携帯) - -		対象者との続柄 ()	

京都市重度心身障害者医療費支給条例第4条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

対象者	住所	☐ 申請者に同じ						
	フリガナ					生年月日		
	氏名	☐ 申請者に同じ				年 月 日		
障害の内容	身体障害者手帳	番号及び交付日	() 第 号	年 月 日 交 付	等級	級	期限	年 月
				年 月 日 判定変更				
	療育手帳	番号及び交付日	第 号	年 月 日 交 付	判定	☐ A ☐ B	期限	年 月
				年 月 日 判定変更				
	精神障害者保健福祉手帳	番号及び交付日	第 号	年 月 日 交 付	等級	級	期限	年 月
				年 月 日 判定変更				
☐ (現在の精神障害者保健福祉手帳の等級が2級の場合) 更新前は手帳の等級が1級であった。								
☐ 障害の内容は別紙のとおり								

加入医療保険	証記号・番号		保険者番号									
	被保険者の氏名	☐ 申請者に同じ		発行機関の名称								
	☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり											

付加給付等	☐ 無 ☐ 有 (内容) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	--

配偶者及び扶養義務者の状況並びに所得等の調査について

配偶者及び扶養義務者（同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む。）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ））は以下のとおりであり、対象者を含め、京都市重度心身障害者医療費支給条例第3条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無、加入医療保険情報等）について同意します。

氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	備考（別住所の場合は住所、連絡先）
()	年 月 日		
()	年 月 日		
()	年 月 日		
()	年 月 日		
()	年 月 日		

個人番号（マイナンバー）

京都市重度心身障害者医療費支給条例第3条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無、加入医療保険情報等）のため、個人番号（マイナンバー）を利用することに同意します。

氏名	個人番号（マイナンバー）	課税住所地
(対象者本人)		☐ 対象者欄の住所と同じ
		☐ 上記備考欄の住所と同じ
		☐ 上記備考欄の住所と同じ
		☐ 上記備考欄の住所と同じ

- 注1 該当する口には、レ印を記入してください。
- 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。
- 3 「配偶者及び扶養義務者の状況」の欄には、以下に該当する方を全て記載してください。
- ・配偶者（別居の配偶者及び婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）
 - ・同一住所にお住まいの扶養義務者（住民基本台帳上で世帯分離している方も含みます。）
 - ・別住所にお住まいの扶養義務者（健康保険や税で扶養関係がある方）

※本市使用欄	課 長	係 長	係 員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。	年 月 日		

所 得 状 況 確 認 欄												
所得状況		対象者		受 給 対 象 者			配 偶 者			扶 養 義 務 者 ①		
同 一 生 計 配 偶 者 及 び 扶 養 親 族 の 合 計 数 ※				人(老扶 (特定			人(老扶			人(老扶		
前 年 の 所 得 額				円			円			円		
控 除	雑 損			円			円			円		
	医 療 費			円			円			円		
	社会保険料(受給者) 一律控除(配偶者・扶養義務者)			円			80,000 円			80,000 円		
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金			円			円			円		
	配 偶 者 特 別			円			円			円		
	障害者(特別障害者を除く。)である 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人		円			人		円		人	
	特別障害者である同一生計配偶者及び 扶養親族の合計数	人		円			人		円		人	
	障害者、特別障害者、寡婦、 ひとり親、勤労学生の特	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤		円			☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤		円		☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤	
	本年の災害・医療費			円			円			円		
給与所得又は公的年金等に係る所得を 有する者に対する控除			円			円			円			
控 除 後 の 所 得 額				円			円			円		

所得状況		対象者		扶 養 義 務 者 ②			扶 養 義 務 者 ③			扶 養 義 務 者 ④		
同 一 生 計 配 偶 者 及 び 扶 養 親 族 の 合 計 数 ※				人(老扶			人(老扶			人(老扶		
前 年 の 所 得 額				円			円			円		
控 除	雑 損			円			円			円		
	医 療 費			円			円			円		
	一律控除(配偶者・扶養義務者)			80,000 円			80,000 円			80,000 円		
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金			円			円			円		
	配 偶 者 特 別			円			円			円		
	障害者(特別障害者を除く。)である 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人		円			人		円		人	
	特別障害者である同一生計配偶者及び 扶養親族の合計数	人		円			人		円		人	
	障害者、特別障害者、寡婦、 ひとり親、勤労学生の特	☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤		円			☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤		円		☐ 障 ☐ 特障 ☐ 寡 ☐ ひとり親 ☐ 勤	
	本年の災害・医療費			円			円			円		
給与所得又は公的年金等に係る所得を 有する者に対する控除			円			円			円			
控 除 後 の 所 得 額				円			円			円		

審 査 結 果												
☐ 認定	受 給 者 番 号									取 得 事 由	1 障害認定 2 市外転入 3 医療保険加入 4 生保廃止 9 その他 ()	
	資 格 取 得 年 月 日			年 月 日								
☐ 却下	却 下 理 由	☐ 所得超過 (□本人 □配偶者 □扶養義務者) ☐ 障害程度非該当 ☐ その他 ()								却 下 通 知 年 月 日		
										年 月 日		
備考												

※ 70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の人数・・・老扶、19歳以上23歳未満の扶養親族の人数・・・特定
年齢は、その年12月31日現在の年齢による