

様式第1号(第3条、第5条関係)

深浦町子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

深 浦 町 長 様

(保護者)

住 所

氏 名

印

電話番号

深浦町子ども医療費給付条例第6条の規定により下記のとおり申請します。

対象子ども	氏 名	生 年 月 日	乳幼児 小学生 中学生 高校生 (歳)
	氏 名	生 年 月 日	乳幼児 小学生 中学生 高校生 (歳)

同 意 書

この度の子ども医療費受給資格証交付(更新)申請にあたり、私の町県民税申告書を閲覧することに同意いたします。

深浦町長 様

保護者氏名

加入保険	保健の種類	保 険 者	記号・番号	付加給付
				有・無

子ども医療費受給者認定調書

世帯番号		
扶養義務者		
対象者		
課税区分	課税・非課税	
所得状況		
控除対象配偶者及び扶養親族の数		人
①（老人控除対象配偶者・老人扶養親族）		人
②（特定扶養親族）		人
前年の所得額		
控 除 額	障害者控除	
	特別障害者控除	
	老年者控除	
	寡婦（夫）控除	
	寡婦（夫）特別控除	
	配偶者特別控除	
	雑損控除	
	医療費控除	
	小規模企業共済等掛金控除	
	肉用牛の売却による農業所得に対する所得の免除に相当する控除	
	開墾地等の農業所得に対する所得税の免除に相当する控除	
	土地改良事業施行地の農作所得に対する所得税の免除に相当する控除	
	社会保険料相当額	80,000
控除額計		
所得控除後の所得		