

様式第1号

福岡県腎臓疾患患者福祉給付金認定申請書							
関係書類を添えて、腎臓疾患患者福祉給付金の認定を申請します。							
年　　月　　日							
福岡県　　保健福祉環境事務所長 殿							
氏　名							
(自署又は記名押印)							
1 認 定 を 受 け よ う と す る 者	ふりがな						
	氏　名						
	生年月日	S. H. R	年	月	日	年令	満　歳
	住　所	(〒　　-　　)					
	電話番号						
	身体障害者手帳 の所有状況	番　号					
		障がい名					
		等　級					
	夜間の人工透析 治療が必要な理由	(1)就労	(名称_____)				
	(2)自営	(_____)					
	(3)その他						
宣誓欄		<input type="checkbox"/> 生活保護法15条第6項で規定する通院に伴う移送費の支給を受けていません。 <input type="checkbox"/> 他の法令等による通院に伴う交通費の支給を受けていません。					
2 所 得 の 状 況	内訳 所得のある者	前年の所得額	所得者本人の 控除適用状況	扶養親族数	扶養親族のうち 控除適用状況	備　考	
	(ア) 認定を受けようとする者		障　特障 老　勤 寡　ひとり	人	障　特障 老人　配		
	(イ) 扶養義務者		障　特障 老　勤 寡　ひとり	人	障　特障 老人　配		
※ 所 得 審 査	(ア)	(1)所得控除後の金額	(2)本人の諸控除額	扶養親族数	(3)扶養親族の 諸控除額	(1)-(2)-(3) 差引所得額	
	(イ)	同上	同上	同上	同上	同上	
※ 所得非該当 該　当	年　　月　　日			備　考			

※の欄は記入しないでください。裏面の注意をよく読んでください。

※記入上の注意

1 夜間の人工透析治療回数が一月5回以上の方が対象です。

夜間の人工透析治療が必要な理由の欄は、就労等で昼間の人工透析治療が受けられることを明確に記入してください。

(1)就労は勤務先の所在地及び名称を、(2)自営は農業、商店経営（名称含む）等を、(3)その他は、ボランティア活動、家族の介護、民生委員等役職を兼ねているなどを具体的に記入してください。

2 所得の状況（ア）欄は、あなた自身の所得状況について記入してください。（イ）欄はあなたの配偶者、子、父母、孫、祖父母、その他直系血族又は兄弟姉妹のうちあなたの生計を維持している人について記入してください。

3 「前年度の所得額」欄は、前年（1月から3月までの間に認定を申請する人の場合は、前前年をいいます。）の所得について道府県民税の総所得金額、退職所得額、山林所得金額、土地の譲渡に係る事業所得額等の金額及び長期短期譲渡所得金額の合計を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。

4 「所得者本人の控除適用状況」欄は、（ア）（イ）に掲げる所得者本人が地方税法に定める障がいのある者、特別障がい者、老人、勤労学生、寡婦又はひとり親であるときは該当するものを○でかこんでください。

5 「扶養親族数」欄は、地方税法に定める控除対象配偶者及び扶養親族の合計数を記入してください。

「扶養親族のうち控除適用状況」欄は、扶養親族のうち地方税法に定める障がいのある者、特別障がい者、老人扶養親族、配偶者に該当するものを○でかこんでください。

6 「前年の所得額」「所得者本人の控除適用状況」「扶養親族」「扶養親族のうち控除適用状況」等各欄の該当事項については、市町村長の証明書を提出してください。また、証明書の代わりに源泉徴収票を添付されてもかまいません。

7 「備考」欄には、地方税法に定める雑損控除、医療費控除等を受けた場合にそれぞれの項目及び金額を記入してください。

8 「通院のために利用した交通手段」欄は、給付金を受けようとする期間中にあなたが利用した交通手段のうち該当するものすべてを○でかこんでください。

複数の公共交通機関を利用した場合、例えば（1）自家用車と公共交通機関、（2）自家用車とタクシーを利用した場合において、自家用車の通院距離が片道10Kmに満たない場合であっても、自家用車以外で1か月2,000円以上の負担をした月については支給の対象となりますので、記入漏れのないようにしてください。

9 「自宅から医療機関までの距離および運賃等」欄は、上記の「通院のために利用した交通手段」欄であなたが○でかこんだ交通手段について、（1）自家用車は自宅から医療機関までの片道の距離を、（2）公共交通機関は利用する駅、停留所等の名称および片道の運賃を（複数の公共交通機関を乗り継ぐ場合はそれぞれについて記入）、（3）タクシーは片道の運賃を記入してください。なお、運賃について障がい者割引の適用を受けた場合は、割引後の額を記入してください。

10 「公共交通機関等運賃の月別負担状況」欄は、給付金を受けようとする期間のうちに実際に負担した費用の合計を記入してください。タクシーを利用した月がある場合は、下の「タクシー代領収書等貼付欄」に必ず領収書を貼り付けてください。（貼りきれない場合は裏面又は他のA4版用紙を使用してください）。

※受付 年 月 日

3 通 院 距 離 お よ び 費 用 等 交 別 通 機 担 關 狀 等 況 運 賃	通院のため に利用した 交通手段	(1)自家用車 (2)公共交通機関(鉄道・バス・地下鉄・その他(_____)) (3)タクシー			
		自宅から医療機関まで の距離および運賃等	自宅から医療機関までの駅・停留所名	自家用車(片道) 公共交通機関(駅・停留所名)からまで運賃(片道)	Km 円
	費用等 月 月 月 月 月 月	月	月	月	月
		公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計
		公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計
		公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計
		公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計
		公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計	公共交通機関 タクシー 計

タクシー代領収書等貼付欄

(貼りきれない場合は裏面又は他のA4版用紙を使用してください)

※ 運審 賃査 等	<input type="checkbox"/> 自家用車距離確認(Km)			
	<input type="checkbox"/> 運賃確認			
	<input type="checkbox"/> 領収書確認			
	支給要件該当(4 5 6 7 8 9 / 10 11 12 1 2 3)・非該当			
※ 認定 不支給決定	年 月 日			
	(支給額 @ 2,000 円 × 月 = 円)			

◎裏面(所得制限限度額表)

◎ 所得制限限度額表

扶養親族等の数	受給資格者本人の所得	配偶者又は扶養義務者の所得
0人	4,596,000円	6,287,000円
1人	4,976,000円	6,536,000円
2人	5,356,000円	6,749,000円
	以下1人増すごとに38万円増	以下1人増すごとに21万3千円増

注 1 受給資格者本人に老人控除対象配偶者、老人扶養親族又は特定扶養親族がいる場合は、上記限度額に次の金額を加算した額とする。

(1)老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき10万円

(2)特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族がある場合は1人につき25万円

2 扶養義務者に老人控除対象配偶者又は老人扶養親族がいる場合は、上記限度額に1人につき6万円を加算した額とする。