

ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証交付(更新)申請書

①申請者	ふりがな 氏名		男・女	個人番号 生年月日	年 月 日生	処理区分	1 新規 2 転入 3 その他()	4 更新						
	住所	〒		電話番号 携帯番号	() ()	認定区分	1 母子家庭の 母と子	2 父子家庭の 父と子	3 配偶者のない養育者と 父母のない児童	4 父母のない児童				
	勤務先	住所 会社名		電話	()	提出・ 確認方法 書類	戸籍謄本(抄本)	: 添付 公簿確認	児童扶養手当証書	その他()				
	生活保護の受給状況	1 受給(年 月 日から)		2 非受給			住民票	: 添付 公簿確認	児童扶養手当証書	その他()				
	児童扶養手当の受給状況	1 受給(年 月から:証書番号 第 号)		2 非受給 3 申請中			所得証明書等(本人)	: 添付 公簿確認	その他()					
	1 受給(年 月から:証書番号 第 号)		2 非受給 3 申請中		所得証明書等(扶養義務者等)		: 添付 公簿確認	児童扶養手当証書	その他()					
②ひとり親家庭となった理由	ア 離婚 イ (父、母)死亡 ウ (父、母)障害 エ (父、母)生死不明 オ (父、母)遺棄 カ (父、母)拘禁 キ 未婚の母で父がない ク 養育者(配偶者なし) ケ 養育者(配偶者あり) コ その他()					健康保険証	: 提示及び写添付	公簿確認						
						減額認定証	: 掲示							
						その他確認書類	: 申立書添付()	その他()						
③家族の状況	区分	ふりがな 氏名	個人番号 生年月日	続柄	性別	同居・別居の別	監護又は養育を 始めた年月日	他医療 助成の 有無	職業 学校名	他の医療費助成制度の受給資格確認	平成 年分 税調査	備考	助成 対象	
	申請者			本人				有無		制度名 ()	助成内容 全額助成 一部助成	1 非課税 2 課税 3 未申告	対象 非対象	
	児童				男女	同居 別居	. .	有無		制度名 ()	助成内容 全額助成 一部助成		対象 非対象	
	児童				男女	同居 別居	. .	有無		制度名 ()	助成内容 全額助成 一部助成		対象 非対象	
	児童				男女	同居 別居	. .	有無		制度名 ()	助成内容 全額助成 一部助成		対象 非対象	
	児童				男女	同居 別居	. .	有無		制度名 ()	助成内容 全額助成 一部助成		対象 非対象	
同一住所で生活する同居者(扶養義務者)		無 有 (人)		※申請者と児童の数を除きます。										
					男女	同居 別居				年分	所得額	控除額	判定	
					男女	同居 別居				所得額	() () () ()	() () () ()	制限内 制限超過	
					男女	同居 別居				所得額	() () () ()	() () () ()	制限内 制限超過	
④	振込先 金融機関	銀行・農協 信金・信組	支店	普通 当座	口座 番号					認定年月日	: 年 月 日			
⑤加入医療保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済		申請者との続柄		1 本人 2 その他()		認定		助成開始年月日	: 年 月 日	受給者証交付年月日		: 年 月 日
	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名			保険者名称(発行機関名)				却下	理由	1 所得税課税 2 扶養義務者等の所得制限超過 3 結婚 4 監護(養育)なし 5 その他()				
	記号番号			電話		()			却下年月日	: 年 月 日	却下通知年月日			: 年 月 日
	保険者所在地													
	附加給付	1 有()		2 無										
標準負担額減額認定証 の交付(減額対象者)	1 有(対象者:)		2 無											
上記のとおり、ひとり親家庭医療費の受給資格の認定(更新)を申請します。 また、受給資格の認定(更新)にあたり、私の世帯全員の所得状況及び戸籍・住民票等について 調査することに同意します。 年 月 日 (宛先) 南アルプス市長 氏名									市受付印					

《注意》 1 注意事項を確認のうえ太枠の中を記載してください。
2 記名押印に代えて、署名することができます。