

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

受給者証番号

①申請者
ふりがな 氏名
住所
勤務先
生活保護の受給状況
児童扶養手当の受給状況

処理区分
認定区分
提出・揭示書類
戸籍謄本(抄本)
住民票
所得証明書等(本人)
所得証明書等(扶養義務者等)
健康保険証
減額認定証
その他確認書類

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

③家族の状況
区分
申請者
児童
同居者の有無(人数)
扶養義務者
配偶者

他の医療費助成制度の受給資格確認
令和6年分 税調査
備考
助成対象・非対象の別
枝番号
6 扶養親族等の数
所得額
控除額
控除後の所得額
限度額

④振込先金融機関
⑤加入医療保険
保険の種類
記号番号
保険者所在地
附加給付
標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)

審査結果
認定
却下
理由
却下年月日
却下通知年月日

上記のとおり、ひとり親家庭医療費助成受給資格の認定(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・住民票加入医療保険等について調査することに同意します。
令和 年 月 日
上野原市長 様
氏名

市受付印

備考
《注意》 1 裏面の注意をよく読んで太枠の中を記載して下さい。
2 記名押印に代えて、署名することができます。