

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 〒 上野原市
勤務先 住所 会社名 電話
生活保護の受給状況 1 受給 (年 月 日から) 2 非受給
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

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
Table with columns: 区分, ふりがな氏名, 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, 職業又は学校名. Includes rows for 申請者, 児童, 同居者の有無, 扶養義務者, 配偶者.

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
⑤加入医療保険
保険の種類 1 国保 2 組合 3 政管 4 日雇 5 船員 6 共済
世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 申請者との続柄 1 本人 2 その他 ()
記号番号 保険者名称 (発行機関名)
保険者所在地 電話 ()
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助成受給資格の認定(更新)を申請します。
令和 年 月 日
上野原市長 様
氏名
市受付印

処理区分 1 新規 2 転入 3 その他 () 4 更新
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
提出・揭示書類
戸籍謄本(抄本) : 添付 公簿確認 児童扶養手当証書 その他 ()
住民票 : 添付 公簿確認 児童扶養手当証書 その他 ()
所得証明書等(本人) : 添付 公簿確認 その他 ()
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 ()
健康保険証 : 提示及び写添付 公簿確認
減額認定証 : 揭示
その他確認書類 : 申立書添付 () その他 ()

他の医療費助成制度の受給資格確認
Table with columns: 制度名, 助成内容, 年分 税調査 (1 非課税 2 課税 3 未申告), 備考, 助成対象・非対象の別, 枝番号.

所得状況
Table with columns: 年分, 扶養親族等の数, うち老人扶養親族数, 所得額, 控除額, 控除後の所得額, 限度額.

審査結果
認定 認定年月日: 年 月 日 県
助成開始年月日: 年 月 日
受給者証交付年月日: 年 月 日 市単
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 ()
却下年月日: 年 月 日
却下通知年月日: 年 月 日

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。