

ひとり親家庭等医療費受給者証交付(更新)申請書

① 申請者	フリガナ 氏名	ヨシダ □○コ 吉田 □○子	男 女	生年月日 □○年△月×日	⑤ 加入医療保険の状況	保険の種類	1 国保 2 協会 ③ 組合 4 共済 5 船員 6 後期				
	住所	〒959-1295 電話 0256 (63) ○○○○ 燕市川のたもと町□番△×号	個人番号 *****	被保険者(世帯主・組合員)氏名		吉田 □○子	申請者との続柄	本人			
	職業	販売員	勤務先 (株) スーパー ○○○	被保険者証記号番号		○○△-○△□	保険者名	○○△□保険組合			
	勤務先住所	〒959-0231 電話 0256 (92) ◎×○○ 燕市吉田駅の近く町□番×号	標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)	有 () 無 ()							
	生活保護の受給状況	受給(年 月 日から) 申請中・非受給	児童扶養手当の受給状況	受給(18年10月1日から) 申請中・非受給							
	備考						〇〇年分所得氏名	⑥ 申請者 ⑦ 配偶者 ⑧ 扶養義務者			
② ひとり親家庭等となった事由...	① 離婚 □ (父、母)死亡 ハ (父、母)障害 木 (父、母)遺棄 ヘ (父、母)拘禁 ト 未()					非課税世帯で保険者から標準負担額減額認定証(入院時の食事代が減額される。)の交付を受けている方は記入してください。 ⑤加入医療保険の状況は、加入している健康保険証を確認して記入いただくか、コピーを添付してください。 ⑧は生計を同じくしている父母、祖父、子などで直系血族または兄弟姉妹で所得のある方の氏名を記入してください。(記入漏れがないようにお願いします。足りない場合は⑦に記入ください。所得要件の判定対象となります。					
③ 家族の状況	フリガナ 氏名	ヨシダ ○ロウ 吉田 ○郎	性別 男 女	同居別居 同居 別居	監護又は養育を始めた年月日	※対象・非対象の別 対象 非対象	被保険者との関係 本人 退職本人	個人番号	⑫ 養育費等の額		
	ひとり親家庭等となった理由に該当する記号に丸を付けてください。										
	ヨシダ ○ロウ	子	男	同居	〇年×月□日	対象	家族			母(父)に対し支払われた額 A	円
	吉田 ○郎	子	女	同居	〇年×月□日	対象	家族			Aの8割相当額 B	円
	ヨシダ ○エ	子	男	同居	〇年×月□日	対象	家族			児童に対し支払われた額 C	円
	吉田 ○江	子	女	同居	〇年×月□日	対象	家族			Cの8割相当額 D	円
	ツバメ アキ○	父	男	同居	△年○月×日	対象	家族			合計 B + D	円
燕 昭○	父	女	同居		対象	家族		申請者が離婚した配偶者などから養育費等を受け取った場合、⑫養育費等の額に記入してください。(養育費等に関する申告書に記載した金額)			
ツバメ △コ	母	男	同居		対象	家族					
燕 △子	母	女	同居		対象	家族					
申請者に養育又は監護されているお子さまのほか、同居している家族(子、父母、祖父母などの直系血族または兄弟姉妹)も記入してください。※世帯分離で同居している家族も含まれます。 ○続柄・性別・同居別居について、記入してください。											
④ 児童に障害があるとき	氏名	障害名	※ 障害確認の内容								
			確認書類	手帳等の番号	等級	発行者					
該当する方がいる場合、記入してください。番号を記入すること。〔1身障手帳 2診断書 3特別児童扶養手当 4その他()〕											
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付(更新)を申請します。この申請に関し、市民税の所得状況及び戸籍・住民基本台帳に関する事項について必要な調査をされることに同意します。						〇〇年××月△△日					
住所 燕市川のたもと町□番△×号						氏名 吉田 □○子					
燕市長様						氏名 吉田 □○子					

◎ 記名に代えて署名することができます。