

※ 太線の中を記入してください。

大川市長 様 親

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書

年 月 日

負担者番号									
世帯コード									

(申請者) 〒 _____

住所 _____ (※マンション名も記入)

氏名 _____ TEL _____ (※携帯番号があればその番号も記入)

下記のとおり申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。また、婚姻等により助成の対象に該当しなくなったときは速やかに届け出ます。
 なお、本申請に偽りがあった場合、交付された医療証及び助成された医療費については返還します。

高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を大川市長に委任します。
 また、当該申請に関して、大川市が市町村民税に係る情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。

区分	フリガナ 氏名	生年月日	資格事由(○で囲む)	備考	他制度	
対象者	親 ①	年 月 日	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 職業 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害	
	児童	②	年 月 日 (今年1/1時点満 歳)	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子ども
		③	年 月 日 (今年1/1時点満 歳)	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子ども
		④	年 月 日 (今年1/1時点満 歳)	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子ども
		⑤	年 月 日 (今年1/1時点満 歳)	死亡 離婚 遺棄 未婚 労能喪失 生死不明 拘禁	別居監護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設入所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子ども
健康保険	記号・番号	保険者 名称	保険者 番号			
	被保険者 氏名	被保険者 住所				
関係書類	<input type="checkbox"/> 児童扶養 手当	福児扶 (証書番号)	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> ()年金 基礎年金番号()	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 所得報告書 <input type="checkbox"/> その他	
申立	現在の婚姻関係 (事実婚を含む)	<input type="checkbox"/> 婚姻関係はない <input type="checkbox"/> 婚姻関係にある	養育費 (子の父(母)からの仕送り)	<input type="checkbox"/> 有 昨年1~12月に受けた総額 万円/年 <input type="checkbox"/> 無	配偶者/ 扶養義務者 親(①)からみた続柄()	

区分	本人	配偶者	扶養義務者
氏名			
個人番号			
控除前 総所得			
控除額計			
控除後計			
扶養人数 基準額			
取得事由	受給者番号	処理欄	受付日付印
1.新規 5.年齢到達 2.更新 6.生保廃止 3.県内転入 7.その他 4.県外転入	①	入力	
	②		
	③	受付者	
	④		
取得日	・ ・		
交付日	・ ・		
	⑤		
			担当 係長 課長
			係員