

(表)

様式第1号(第14条関係)

親 ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

		※受給者証 記号番号				⑥加入医療保険の状況		保 険 の 種 類		1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期	
フリガナ名		男 女		生年月日		年 月 日生		世帯主・被保険者・組合員 加入者の氏名		申請者との続柄	
住 所		〒		電話番号 ()		記 号 番 号		保 険 者 所 在 地		〒	
職 業		勤務先		電話番号 ()		付 加 給 付 の 有 無		有		無	
勤務先所在地		〒		電話番号 ()		年 分 所 得		⑦申請者		⑧配偶者	
生活保護等の受給状況		受給(年 月 日から)・非受給		児童扶養手当の受給状況		受給(年 月 日から)・非受給		氏 名		A B C D	
②ひとり親家庭等となった事由		ア 離婚イ(父、母)死亡ウ(父、母)障害エ(父、母)生死不明 オ(父、母)遺棄カ保護命令キ(父、母)拘禁ク未婚の女子の子 ケ父母死亡コその他()						⑩控除対象者配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数及び特定扶養親族等の数)		⑪上記以外で12月31日において申請者によって生計を維持している児童	
フリガナ名		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	
				申請者本人		男女				※対象・非対象の別	
						男女		同居別居		対象非対象	
						男女		同居別居		対象非対象	
						男女		同居別居		対象非対象	
						男女		同居別居		対象非対象	
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	
が児童に障害											
⑤振込先 金融機関		銀行 支店		1 普通 2 当座		口座番号 名 義 人					
[注] 確認書類欄は、次の書類番号を記入のこと [1 身障手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 特別児童扶養手当 5 その他()]											
※確認出方書類		戸籍謄本(抄本)		[添付]		児童扶養手当証書		その他()		[]	
		住民票		[添付]		児童扶養手当証書		その他()		[]	
		所得証明書		[添付]		児童扶養手当証書		公簿確認		[]	
		認定調書		[添付]		児童扶養手当証書				[]	
		養育費申告書		[添付]		児童扶養手当証書				[]	
		健康保険証		[提示]						[]	
※ ⑩所得限度額		年 分 所 得		A		B		C		D	
		⑫ 所得額		円		円		円		円	
		⑬障害者である控除対象 配偶者及び親族の数		障 (人) 円		障 (人) 円		障 (人) 円		障 (人) 円	
		特障		(人) 円		(人) 円		(人) 円		(人) 円	
		⑭障害者・特別障害者・寡婦 (寡夫)・勤労学生		障・特障・寡・勤 円		障・特障・寡・勤 円		障・特障・寡・勤 円		障・特障・寡・勤 円	
		⑮その他の控除		円		円		円		円	
		⑯社会保険料等相当額		80,000円		80,000円		80,000円		80,000円	
		⑰控除額計		円		円		円		円	
		⑱控除後の所得		円		円		円		円	

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、上記申請に伴い、他の市区町村へ医療助成履歴の照会を行うこと及び所得審査に係る一切の権限を川越市長に委任することについて同意いたします。

年 月 日
(提出先) 川越市長

住所
氏名

印

[注] 1 ※の欄は、記入しないでください。 2 裏面の注意をよく読んでから記入してください。