

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証(交付・更新)申請書

年 月 日

御前崎市長 様

住所 御前崎市
申請者 氏名
電 話

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付・更新を申請します。
なお、資格審査、支給額の決定のため、世帯の所得・課税状況等、医療費の審査・決定額、高額医療費の支給決定額等を市長が関係機関に確認することに同意します。

医療費の給付を受ける者	氏 名		性 別		住 所		生年月日		申 請 者 との続柄		
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
	個人番号		男・女								
加入医療保険	名 称 (事業所名)										
	記号番号	記 号			番 号						
	保 険 者 名										
	所 在 地							附加給付の有無			
	被保険者名							有・無			
支払希望 金融機関	名 称		口座 種別	口 座 番 号			口 座 名 義				
	-----		普通 当座				(フリガナ) -----				
所得税の有無		有・無	公簿等による確認	住民台帳	課税台帳						
市町村民税課税状況			課 税 ・ 非課税								
受 付	受給資格		受 給 者 証								
年 月 日	有・無	記 号			番 号			発 行	年 月 日		
母子家庭、父子家庭 父母のない児童		ア死別 イ離婚(離婚日: 年 月 日)		ウ生死不明 エ遺棄		オ海外にいる カ拘禁		キ障害 ク未婚の母			

区 分	申 請 者	扶養義務者	扶養義務者	扶養義務者
氏 名				
申 請 者 と の 続 柄				
所得税申告書 等の写の有無	有 無	有 無	有 無	有 無
所 得 税 の 課税額の有無	有 無	有 無	有 無	有 無
市町村民税の 課税の有無	有 無	有 無	有 無	有 無
市町村民税の 課税所得額	円	円	円	円
控除対象扶養 親族等の数	()人	()人	()人	()人