

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証 [交付] 申請書
 更新

年 月 日

伊豆の国市長 あて

住所
 申請者 氏名
 電話番号 ()
 携帯番号 ()

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 [交付] を申請します。
 更新

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			・	・
		男・女			・	・
		男・女			・	・
		男・女			・	・
		男・女			・	・
加入医療保険	名称					
	記号番号	記号		番号		
	保険者名(事業主名)					
	所在地				附加給付の有無	
	加入者名				有 ・ 無	
支払希望金融機関			口座名義 (カタカナで記入)	口座種別	口座番号	
銀行 金庫 組合		支店		普通・当座		
母子家庭、父子家庭 父母のいない児童	イ 死別 ロ 離婚	ハ 生死不明 ニ 遺棄	ホ 海外にいる ヘ 拘禁	ト 廃疾 チ 未婚の母		
所得税の有無	有 ・ 無	公簿等による確認	住基台帳	課税台帳	戸籍謄本	
市町民税課税状況			課税 ・ 非課税			
受付	受給資格	受給者証				
年月日	有・無	受給者番号		発行	年月日	

(注) 裏面もあります。記入をお願いします。

※扶養義務者とは、あなたと同一生計内にある祖父母・父母・兄弟姉妹等をいいます。
 (住民票上世帯を分けていても生計が同一ならば扶養義務者となります。)

区 分	申 請 者	扶 養 義 務 者	扶 養 義 務 者	扶 養 義 務 者
氏 名				
個 人 番 号				
申請者との続柄	本 人			
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
市町民税の課税の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
市町民税の課税所得額	円	円	円	円
控除対象扶養親族等の数	() 人	() 人	() 人	() 人

(注) () 内は老人扶養親族の数を記入のこと。

事実婚の有無	生活をともにしている男性など、婚姻の届け出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある人（いわゆる内縁関係にあるもの）がいますか？	はい・いいえ
---------------	--	---------------

ひとり親家庭等医療費助成受給資格判定のため、住民基本台帳・児童扶養手当添付書類・所得状況・課税状況及び他制度による医療費助成状況等について、伊豆の国市が公簿等により確認することに同意します。

年 月 日

住所 _____

(署名) 氏名 _____

(署名) 氏名 _____

(署名) 氏名 _____

(署名) 氏名 _____