

ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格認定の申請をします。

なお、大竹市ひとり親家庭等医療費支給条例に基づく資格認定及び受給者証更新審査のために、私の世帯員・扶養義務者の住民基本台帳及び住民税課税台帳等の閲覧に同意します。

大竹市長様

年 月 日

住所 大竹市-----

氏名 -----

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連絡先 -----

世帯の状況	氏名		性別	生年月日	続柄	勤務先又は在学学校及び学年	該当・非該当	所得税の課税状況	確認
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	
	個人番号						該当・非該当	課税・非課税	

申請の理由	1 離婚 2 死別 3 その他()
-------	---

公的年金又は児童扶養手当の受給状況	1 受けている(名称 記号番号) 2 受けていない 3 申請中(ア 公的年金 イ 児童扶養手当)
-------------------	--

医療保険	保険の種類	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合 4 国保 5 国保組合 6 その他
	被保険者氏名	申請者との続柄
	記号・番号	(記号) (番号)
	保険者	(保険者番号)
	保険者所在地	
	付加給付の有無	1 有 2 無

※ ここから下は、記入しないでください。

受付年月日	年 月 日				
受給者番号					
有効期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日交付			
起案:	年 月 日	決裁:			
施行:	年 月 日	完結:			
決裁	課長	係長	係	公印使用承認	※ 認定 審査結果 却下 理由 ・課税世帯 ・ひとり親実態無