

ひとり親家庭等医療証交付申請書

受給対象者	フリガナ 氏 名	世帯主 との 続 柄	性 別	生 年 月 日 住 民 コ ー ド	住 所	
			男・女	年 月 日 ※		
			男・女	年 月 日 ※		
			男・女	年 月 日 ※		
			男・女	年 月 日 ※		
世帯主			男・女	年 月 日 ※		
健康保険の加入状況	被 保 険 者	氏 名				
	保 険 種 別 (該当に○)	協・組・船・共・国保・組 合 国 保・後 期			記号番号	
	被保険者証発行 機 関 名	名 称 所在地			付加給付 等の有無	有 ・ 無
勤 務 先 名 称 (又は仕事の内容)					勤 務 先 電話番号	
所得税課税の有無		有 ・ 無	※ 課税台帳等による確認			
ひとり親家庭又は両親 のいない児童となった 理由 (該当に○)		死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外・疾病・拘禁・未婚の母又は父・保護命令				
児童扶養手当の受給の 有 無		有 ・ 無	有の場合の番号 形 兄			
廃疾による場合の理由 (再 掲) (該 当 に ○ 印) 手帳・証書の記号・番号		1 身体障害者手帳1級又は2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 国民年金法による障害基礎年金の1級受給権者 4 公的年金各法による障害年金の1級受給権者 5 恩給法による特別項症又は第1項症と認定されている者 6 療育手帳A所持者 7 児童扶養手当法による父障害				
上記のとおり、ひとり親家庭等医療証の交付を申請いたします。なお、この申請についての課税 状況の閲覧を承諾します。 年 月 日 申請者 住 所 小国町大字 小国町長 仁科 洋一 殿 氏 名 連絡先 ()						
※ 審 査 結 果	適 ・ 否		※ 摘 要			
	受給者番号					

※印は記入しないでください。

(裏面)

(注意) あなたが次の項目に該当する場合は、それぞれの書類を添付してください。

ただし、児童扶養手当を受給している方で、1 から 4 までのいずれかに該当するかたについては、その書類を添付する必要はありません。

項 目	必 要 書 類	証 明 者
1 児童の母・父以外である場合	あなたが養育していることを明らかにする書類 (ただし、配偶者のいない女子又は男子の場合は、児童との同居、別居を問わない)	民 生 (児 童) 委 員
2 配偶者が生死不明の場合	生死不明を証明する書類	福 祉 事 務 所 長 警 察 署 長
3 配偶者に遺棄されている場合	遺棄を証明する書類	福 祉 事 務 所 長 民 生 (児 童) 委 員
4 配偶者が拘禁されている場合	公金を証明する書類	刑 務 所 長 拘 置 所 長
5 1 月 2 日以後現住所に転入した場合	前年 (1 月から 6 月までの間に受ける医療に係る医療費については前々年) の所得税が課せられていないことを証明する書類	前 住 所 地 の 所 管 税 務 署 長
6 その他	市町村が必要と認めた書類	_____