

ひとり親家庭等医療証交付申請書

受給対象者	フリガナ名	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	
	保険者名				付加給付等の有無	有・無
	所在地					
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 形児				
廃疾による場合の理由 (再掲) (該当に○印)	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					
手帳・証書の記号・番号						
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。 令和 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 拘留所長
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	_____