

ひとり親家庭等医療証交付申請書

受給対象者	ふりがな氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	住所								
			男・女	年 月 日									
		個人番号											
			男・女	年 月 日									
		個人番号											
			男・女	年 月 日									
		個人番号											
世帯主		男・女	年 月 日										
		個人番号											
社会保険の加入状況	被保険者	氏名											
		個人番号											
	保険種別	協・組・船・共 国・国保組合・後期				被保険者証記号番号					付加給付等の有無	有・無	
	被保険者証発行機関名	(保険者番号: )				所在地							
所得税課税の有無	有・無	※課税台帳による確認											
母子家庭又は両親のいない児童となった理由 (○印)	死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・拘禁・未婚の母												
児童扶養手当の受給の有無	有・無	有の場合の番号	形児										
障害による場合の理由 (再掲) (○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します。なお、福祉医療担当係の職員が、私又は私の世帯の税務資料を閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 庄内町長 原田 眞樹 殿 申請者 住所 氏名 (印) 個人番号 ( ) (電話番号 )													
※審査結果					※摘要								

※印は、記入しないでください。

(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方については、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	拘禁を証明する書類	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	町が必要と認めた書類	