

様式第1号（第3条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

年 月 日

申請者住所氏名電話番号

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格認定を申請します。

当該申請に関して、宇美町が申請者及びその扶養義務者の市町村民税に係る情報及び児童扶養手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。

また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宇美町に委任します。

|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|------------------|--------------------------------------|-------------------|---------|-------------|---------------|-------|------------|
| 対象者              | 受給者番号                                | 区分                | フリガナ氏名  | 申請者との続柄     | 性別            | 生年月日  | 職業・学校名(学年) |
|                  |                                      |                   |         |             |               | 個人番号  |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
|                  |                                      |                   |         |             |               |       |            |
| 生計維持者            |                                      |                   |         |             |               |       |            |
| 対象者となった事由及びその年月日 |                                      | 離別・死別・生保離脱・その他( ) |         |             |               |       |            |
| 児童扶養手当の受給状況      |                                      | 証書番号<br>福児扶第      | 号       | 年金の<br>受給状況 | 年金の種別<br>証書番号 |       |            |
| 加入医療保険の内容        | 被保険者等氏名                              |                   |         |             | 保険者番号         |       | 付加給付の内容    |
|                  | 住所                                   |                   |         |             | 保険者名称         |       |            |
|                  | 記号・番号                                |                   | 資格取得年月日 |             | 交付年月日         | 年 月 日 |            |
| [事務処理欄] 認定年月日    |                                      |                   |         | 医療証交付年月日    |               |       |            |
| 資格審査             | ①認定 ②却下( )                           |                   |         |             |               |       |            |
| 公簿確認             | 戸籍・住民票・外人登録<br>生保・他制度医療・所得<br>児童扶養手当 | 所得状況              | 本人      | 配偶者         | 扶養義務者         |       |            |
|                  |                                      | 控除後の所得額           | 円       | 円           | 円             |       |            |
|                  |                                      | 控除対象親族等           | 人       | 人           | 人             |       |            |
|                  |                                      | 限度額               | 円       | 円           | 円             |       |            |
| 備考欄              |                                      |                   |         |             |               |       |            |