

別記第1号様式

ひとり親家庭等医療費受給資格（認定・更新）申請書等台帳

年 月 日

中間市長 様

申請者 住所

氏名

中間市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例・規則の規定に基づき、受給資格の(認定・更新)を申請します。

当該申請に関して中間市が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。

高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を中間市に委任します。

区分	ふりがな		申請者 との続柄	性別	生年月日	職業・学校名 (学年)	別居者の住所	
	氏名							
対 象 者	①							
		個人番号						
	② 児童							
生計維持者				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	・	・		
	個人番号							
③対象者となった事由及びその年月日								
④児童扶養手当の受給状況		証書番号 児扶第 号			⑤年金の受給状況	年金の種別 証書番号		
⑥加入の医療保険内容	被保険者等氏名				保険者番号			
	住所				保険者名称			
	記号・番号		付加給付の内容		資格取得年月日		交付年月日	
〔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()							
公簿等	<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 他制度医療 <input type="checkbox"/> 住民票・外人登録 <input type="checkbox"/> 所得 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当							
所得状況 ※	本人	配偶者		扶養義務者		扶養義務者		
控除後の所得額	円	円		円		円		
控除対象親族等	老扶人特扶人	老扶人特扶人		老扶人特扶人		老扶人特扶人		
限度額	円	円		円		円		