

（表）

母子家庭等医療費受給資格認定申請書

年 月 日

あわら市長 様

住 所

申請者 (居 所)あわら市 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり母子家庭等医療費受給資格の認定を受けたく申請します。

区分	氏名	性別	続柄	生年月日	住 所 (居 所)	個人番号	職 業
母子父子家庭 児 童							
上 記 以 外 受 給 者							
扶 養 義 務 者							
加 入 医 療 保 険	被保険者等の氏名				記号番号		
	保 険 者	名 称					
		所 在 地					
医 療 費 振 込 口 座	金 融 機 関 名						
	口 座 氏 名				口座番号		
※ 医療費助成決定調書（審査）							
受付年月日	年	月	日	医療費助成の要否		要・否	
決定年月日	年	月	日	決 定 理 由			
交付年月日	年	月	日	県・市単区分		県・市	
備 考							

（注）※の欄は、記入しないでください。

(裏)

※整理番号		第 号					
所得状況 (年分)							
① 第	番号	②氏名		③住所 (居所)			
		④ 受給者		⑤ 配偶者		⑥ 扶養義務者	
氏名							
⑦控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		(人)		(人)		(人)	
⑧⑦以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童		人					
⑨ 所得額	児童扶養手当法施行令第4条第1項による所得の額	円※	円	円※	円	円※	円
	児童扶養手当法施行令第3条に定める金品等の額						
	母に支払われた額						
	母に対し支払われた額の8割相当額A						
	児童に対し支払われた額						
	児童に対し支払われた額の8割相当額B						
	合計 A+B						
控除	⑩障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑪特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑫障害者・特別障害者・老年者・寡婦・勤労学生の特 障 ・ 老 ・ 寡	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
	⑬	円	円	円	円	円	円
	⑭社会保険料等相当額		円		円		円
	⑮控除後の所得額		円		円		円
審査	④～⑮欄の記載事項						
※所得制限額				以上・未満			