様式第１号（第4条関係）

（表）

|  |
| --- |
| ひとり親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　　　　　　　　　　　　　　次のとおりひとり親家庭等医療費受給資格の認定を受けたく申請します。 |
| 助成対象者 | 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 | 母・父 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 児童 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 上記以外の受給者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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　　　　　番号　第　　　　　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（　　　人） | 人（　　　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 | 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 | 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 | 人 | 円 |
| ⑫障害者・特別障害者・老年者・寡婦・勤労学生の別 | 障・特障・老・寡 | 円 | 障・特障・老・勤 | 円 | 障・特障・老・寡・勤 | 円 | 障・特障・老・寡・勤 | 円 |
| ⑬ | 　 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ⑭社会保険料等相当額 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 | 　 | 円 |
| ⑮控除後の所得額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 審査 | ④～⑮欄の記載事項 | 　 |
| 　 |
| 　　※所得制限額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上・未満 |