

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 児 童	母・父							
	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 第	番号 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)			
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 障 ・ 寡 特 老 ・ 寡	円	障 障 ・ 勤 特 老 ・ 勤	円	障 障 ・ 勤 特 老 ・ 寡 ・ 勤	円	障 障 ・ 勤 特 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									