

ひとり親家庭等医療費受給資格証（交付・更新）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

ひとり親家庭等に係る医療費の助成を受けたいので、受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり受給資格認定の審査（更新にかかる調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申請者氏名												
申請者住所		〒 — TEL ()										
個人番号					:			:				
申 請 理 由		1 新規 2 更新 3 その他 ()										
特 記 事 項												
対 象 者	フリガナ	1			2			3			4	
	氏名											
	申請者との続柄											
	生年月日											
	同居・別居の別											
	学校名・学年、職業											
	児童の父又は母の状況	* 次の１～４の中から選んで記入してください。これらに当てはまらない場合は具体的に記入してください。 １ 離婚、２ 事実婚解消、３ 未婚、４ 死亡										

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		交付決定年月日	
申請者及び対象者に対する所得税			課 税 ・ 非 課 税		
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一 般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一 般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他（ ）				
前回の受給資格者番号			今回の受給資格者番号		
番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票				
本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 顔写真付き身分証明書 ☐ その他資料 2 点				
備 考					

