

# ひとり親家庭等医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

年 月 日

広川町長 宛

申請者 住所 広川町大字

氏名 ㊟

電話

広川町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。

当該申請に関して広川町が市町村民税に係る情報およ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、受領及び振替を広川町に委任します。

区分	氏名	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
対象者	① 母・父					
	② 児童					
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 福児扶第 号		⑤年金の受給状況	年金の種別 証書番号	
⑥加入医療保険の内容	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	有・無	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 ( )					
公簿確認	戸籍 住民票 生保 他制度 所得 外人登 医療					
決裁	課長		係長		係	
所得状況		本人		配偶者		扶養義務者 ( )
個人番号						
控除後の所得額		円		円		円
控除対象親族等		人		人		人
限度額		円		円		円

(裏面)

[参考]

## 注 意

この用紙は、ひとり親家庭等医療証の交付を受けるための認定申請又は更新申請をする際に使用してください。

①の欄 母子家庭の母又は父子家庭の父で18歳未満の児童を扶養している人は、母又は父を○で囲み氏名以下を記入してください。

②の欄 申請者が扶養している義務教育就学後から18歳未満の児童について、記入してください。

③の欄 母子家庭、父子家庭、父母のない児童となった事由（死亡、離婚、生死不明、遺棄、海外在住、労働能力喪失、拘禁、未婚の女子で子の父がいない、未婚の男子で子の母がいない）及びその事由発生日を記入してください。

④の欄 児童扶養手当を受給している人は、手当証書の番号を記入してください。

⑤の欄 公的年金を受給している人は、年金の種別、年金証書番号を記入してください。

⑥の欄 加入されている医療保険について記入してください。