

母子家庭等医療費受給者証 [交付・更新] 申請書

	氏名	対象者との続柄	生年月日	住所
助成対象者		本人	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
扶養義務者 (上記母等が生計を維持できない場合)			住所	
所得状況		受給者の状況		扶養義務者の所得状況
扶養親族等控除		人 特定 ( 人) 老人 ( 人)		人 特定 ( 人) 老人 ( 人)
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち特定扶養親族又は老人扶養親族の数)				
前年の所得額		円		円
控除	雑損	円		円
	医療費	円		円
	社会保険料	※	円	※ 円
	小規模企業共済等掛金	円		円
	配偶者特別	円		円
	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合計数	人 ※	円	人 ※ 円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※	円	人 ※ 円
	障害者・特別障害者・勤労学生の別	障・特障・勤 ※	円	障・特障・勤 ※ 円
肉用牛の免税所得		円		円
※控除後の所得額		円		円
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	住所	
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号	附加給付等の有無 有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号 )	所在地	
受給者証等交付(更新)申請事由		1 加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第17号、第18号、第19号、第21号又は第22号に新規に該当するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 年度更新のため 5 年度切替えによる該当のため 6 その他 ( ) (交付事由発生年月日 年 月 日)		
<p>加東市長 様</p> <p>上記のとおり、母子家庭等医療費受給者証の交付(更新)を申請します。</p> <p>なお、資格認定等については、児童扶養手当の認定及び支給状況並びに税務情報による私及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。</p> <p>当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 世帯主 電話番号 ( ) -</p>				

・文字は楷書ではっきり書いてください。 ・※印の欄は、記入しないでください。