

【記入例】

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	加東 花子	本人	昭和49年 5月 1日	加東市社50番地
	加東 太郎	子	平成16年 5月 3日	加東市社50番地
	加東 次郎	子	平成20年 8月 5日	加東市社50番地
			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	

『子』は、乳幼児等・こども医療の対象者も含めてご記入ください。

所得状況		受給者の世帯状況	扶養義務者の所得状況
扶養親族等控除			
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)			人 人
前 年 の 所 得 額			
控 除	雑 損		
	医 療 費		
	社 会 保 険 料		
	小規模企業共済等掛金		
	配 偶 者 特 別		
	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		
	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		
障害者・特別障害者・勤労学生の別			
肉用牛の免税所得			
※控除後の所得額			
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 種 別		
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		
受給者証等交付(更新)申請事由		1	
		2	
		3	
		4	
		5 年	
		6 その他	

記入不要

対象者全員の健康保険証のコピーを添付してください。
※対象者は、乳幼児等・こども医療対象者も含まれます。

加東市長 様

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。

なお、資格認定等については、児童扶養所得課税状況等の調査を承諾します。

当事業において、公費で現物給付されたある場合は、その申請及び受領を公費負担

年 月 日

提出日をご記入ください。

申請者名と世帯主名をそれぞれ記入して下さい。
(申請者と世帯主が同じ場合でも、それぞれ記入をお願いします。※「同上」「〃」等不可)
電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)

住所 加東市社50番地
申請者 加東 花子
世帯主 加東 花子
電話番号 (090) 1234 - 5678