

様式第1号(第2条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費助成受給資格認定申請書									
								年 月 日	
嬉野市長		様							
				種 別 (母子家庭・父子家庭・養育者・一人暮らしの寡婦)					
				申請者 住 所					
				氏 名					
				電 話 番 号					
助成対象者	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	
		個人番号				個人番号			
扶養義務者	氏名	続柄	生年月日		氏名	続柄	生年月日		
		個人番号				個人番号			
加入医療保険	世帯主、被保険者 又は組合員氏名					保険者名			
	記号・番号					保険者番号			
	資格取得年月日					付加給付の有無			
手当の受給状況			児童扶養手当 ()						
振込先 口座	銀行 信連 金庫 農協 信組		本・支店 本・支所 出張所		口座番号				
					口座名義人				
事由	1 死亡 2 離婚 3 遺棄 4 生死不明 5 障害				事由の発生年月日				
	6 拘禁 7 未婚 8 事実婚解消 9 その他()				住民となった年月日				
同意書									
資格認定又は助成額の決定に関して、課税資料及び保険者に加入状況、高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。									
氏名									

(裏)

裏面は記入しないでください。

事務処理欄			
所得		本人	扶養義務者()
	扶 養 人 数	人(老 人・特扶 人)	人(老 人・特扶 人)
	総 所 得 額	円	円
	養 育 費	円	円
	控 除 額	円	円
	控 除 後 所 得 額	円	円
	所得制限限度額	円	円
決定欄	審 査 結 果	1 認定 2 認定【支給停止】所得超過(本人・扶養義務者) 3 却下()	
	受 給 者 番 号		
	認 定 年 月 日	年 月 日	