

ひとり親家庭等医療証交付申請書

（世帯番号 — ）

受給対象者	氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	住所			
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
世帯主				年 月 日				
社会保険の加入状況	被保険者	氏名		住所				
	保険種別			被保険者証記号番号			付加給付等の有無 有・無	
	被保険者証発行機関名	保険者番号		所在地				
所得税課税の有無		有・無	※課税台帳による確認					
ひとり親家庭又は両親のいない児童となった理由（○印）		死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・拘禁・未婚の母また父						
児童扶養手当の受給の有無		有・無	有の場合の記号	形児				
障害による場合の理由（再掲）（○印）		1 身体障害者手帳1級又は2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 国民年金法による障害基礎年金1級受給権者 4 公的年金各法による障害年金の1級受給権者 5 恩給法による特別項症又は第1項症と認定されている者 6 療育手帳A所持者 7 児童扶養手当法による父障害						
手帳・証書の記号・番号								
上記のとおり、ひとり親家庭等医療証の交付を申請します。なお必要に応じ私及び私の世帯員又は被保険者の市民税課税台帳を閲覧することに同意いたします。 年 月 日 東根市長 殿 申請者住所 氏名 印 電話								
※ 審査結果		※ 摘要		受給者番号				
				適用年月日		年	月	日
				有効期限		年	月	日
				交付年月日		年	月	日
				その他				

※印は記入しないで下さい。

(裏面)

(注意) あなたが次の項目に該当する場合は、それぞれの書類を添付してください。
ただし、児童扶養手当を受給している方で、1から4までのいずれかに該当する方については、その書類を添付する必要はありません。

項目	必要書類	証明者
1 児童の母・父以外である場合	あなたが養育していることを明らかにしている書類(ただし、配偶者のいない女子または男子の場合は、児童との同居、別居を問わない)	民生(児童)委員
2 配偶者が生死不明の場合	生死不明を証明する書類	福祉事務所長 警察署長
3 配偶者に遺棄されている場合	遺棄を証明する書類	福祉事務所長 民生(児童)委員
4 配偶者が拘禁されている場合	拘禁を証明する書類	刑務所長 拘置所長
5 1月2日以後現住所に転入した場合	前年(1月から6月までの間に受ける医療に係る医療費については前々年の)の所得税が課せられていないことを証明する書類	前住所地の 所管税務署長
6 その他		_____