

（表 面）

ひとり親家庭等医療証交付申請書

受給対象者	氏 名	世帯主 と 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				記号・番号		付加給 付等の 有無	有・無
	保 険 者	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、私の世帯員または被保険者の市民税課税台帳を閲覧すること、及び私の加入医療保険者に対し、受給者資格情報を提供することに同意します。								
年 月 日 東根市長 あて								
申請者 住 所 氏 名 電 話 個人番号								
※ 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		_____