（表）

様式第１号（第１４条関係）

親 ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

※ 受給者証記号番号	

①申請者

フリガナ 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生
住所	〒 電話番号 （ ）				
職業		勤務先			
勤務先所在地	〒 電話番号 （ ）				
生活保護等の受給状況	受給（ 年 月 日から）・非受給	児童扶養手当の受給状況	受給（ 年 月 日から）・非受給		

②ひとり親家庭等となった事由

1 離婚　2 （父、母）死亡　3 （父、母）障害
4 （父、母）生死不明　5 （父、母）遺棄　6 保護命令
7 （父、母）拘禁　8 未婚の女子の子　9 その他（ ）

③家族の状況

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	性別	同居 別居の別	監護又は養育を始めた年月日	※対象・非対象の別	備考
		申請者本人	男 女			対象 非対象	
			男 女	同居 別居		対象 非対象	
			男 女	同居 別居		対象 非対象	
			男 女	同居 別居		対象 非対象	
			男 女	同居 別居		対象 非対象	

④児童に障害があるとき

氏名	障害名	※障害確認の内容			
		確認書類	手帳等の番号	等級	発行者

※ 確認書類欄は、次の書類番号を記入のこと〔1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 特別児童扶養手当 5その他（ ）〕

⑤振込先金融機関

銀行 信用金庫 農業協同組合 支店	1 普通 2 当座	口座番号	
		名義人	

〔注〕1 ※の欄は、記入しないでください。 2 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

⑥加入医療保険の状況

保険の種類	1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済 7後期		
世帯主・被保険者・組合員 加入者の氏名		申請者との続柄	
記号番号		保険者名	
保険者所在地	〒		
付加給付の有無	有 ・ 無		

所得者等

年分所得	⑦申請者	⑧配偶者	⑨扶養義務者	
氏名	A	B	C	D
⑩控除対象者配偶者及び扶養親族の合計数 （うち老人扶養親族の数及び特定扶養親族等の数）	人 （㊁ 人） （特 人） （16歳～19歳 人）	人 （㊁ 人）	人 （㊁ 人）	人 （㊁ 人）
⑪上記以外で１２月３１日において申請者によって生計を維持している児童	人			

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、上記申請に伴い、他の市区町村へ医療助成履歴の照会を行うこと及び所得審査に係る一切の権限を川越市長に委任することについて同意いたします。

年 月 日

（提出先）
川越市長

住所
氏名 ㊞

※所得の状況

年分所得		A	B	C	D
⑫所得額		円	円	円	円
控除額 ⑬障害者である控除対象配偶者及び親族の数	障	（ 人） 円	（ 人） 円	（ 人） 円	（ 人） 円
	特障	（ 人） 円	（ 人） 円	（ 人） 円	（ 人） 円
⑭障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・勤労学生の別		障・特障・寡・勤 円	障・特障・寡・勤 円	障・特障・寡・勤 円	障・特障・寡・勤 円
⑮その他の控除		円	円	円	円
		円	円	円	円
⑯社会保険料等相当額		円	円	円	円
⑰控除額計		円	円	円	円
⑱控除後の所得		円	円	円	円
※ ⑲所得限度額		円	円	円	円

※提出書類確認方法

戸籍謄本（抄本）	〔 添付	児童扶養手当証書	その他（ ）〕
住民票	〔 添付	児童扶養手当証書	その他（ ）〕
所得証明書	〔 添付	児童扶養手当証書	公簿確認 〕
認定調書	〔 添付	児童扶養手当証書	〕
養育費申告書	〔 添付	児童扶養手当証書	〕
健康保険証	〔 提示 〕		