

ひとり親家庭医療費 { 受給資格登録 受給資格証更新 } 申請書

保護者	受給者証番号	フリガナ			生年月日	年 月 日	個人番号 <small>新規(転入)の方は記入願います。</small>			
		氏名								
	住所	有田川町大字								
児童	受給者証番号	氏名	続柄	性別	生年月日	住所	個人番号 <small>新規(転入)の方は記入願います。</small>			
				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ場合はチェック 有田川町大字				
				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ場合はチェック 有田川町大字				
				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ場合はチェック 有田川町大字				
				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ場合はチェック 有田川町大字				
加入保険	被保険者氏名(組合員氏名)									
	保険証記号番号									
	保険者名									
	附加給付		有 ・ 無							
養育費に関する申告		有 ・ 無	年間総額		円 (有の場合)					
<p>有田川町長 様</p> <p>上記のとおり、ひとり親家庭医療費受給資格の認定及び受給資格証の交付を申請します。 また、申請にあたって、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格該当日の確認及び登録の決定に際して、戸籍届出事項の確認・児童扶養手当新規認定請求書に添付されている戸籍謄本の写しを添付すること。 ・有田川町が保有する住民台帳及び課税台帳等を閲覧すること。 ・資格認定中に発生した高額療養費について、保険者と支給額の調整をおこなうこと。 <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者 住所 有田川町大字</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 — —</p>										

受領日 令和 年 月 日	(別世帯の方のみ記入必須)
受領者氏名	保護者との関係(続柄)
生年月日 S・H 年 月 日	住所
	電話番号

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()

※町記入欄

該当日	年 月 日	確認日	年 月 日
該当事由		確認者	印

年分 所得		受 給 者	扶養義務者	扶養義務者
氏 名				
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養家族の数(受給者については老人控除対象配偶者及び老人扶養親族特定扶養家族の合計数))		人	人	人
老人		人	人	人
特定		人	人	人
所 得 額		円	円	円
控	障害者(特定障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養家族の数	人	人	人
		円	円	円
控	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	人	人
		円	円	円
除	老年者・寡婦(寡夫)・寡婦特例・勤労学生の別	老・寡・寡特・勤 円	老・寡・寡特・勤 円	老・寡・寡特・勤 円
	配偶者特別控除	円	円	円
		円	円	円
	児童扶養手当法施行令第4条第1項による控除	円	円	円
控除後の所得額				
所得制限額		以上 未 満		
受 給 資 格 要 否				
要・否(理由)				

年 月 日児童扶養手当認定