

ひとり親家庭等医療費等受給資格認定申請書兼現況届

年 月 日

多古町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

家族構成	氏 名	生年月日	続柄	性別	同居・別居の別	監護の有・無	障害の有・無	個人番号
		・ ・	本人	男・女	***	***	有・無	
		・ ・		男・女	同・別	有・無	有・無	
		・ ・		男・女	同・別	有・無	有・無	
		・ ・		男・女	同・別	有・無	有・無	
		・ ・		男・女	同・別	有・無	有・無	
		・ ・		男・女	同・別	有・無	有・無	
加入医療保険	被保険者氏名							
	生 年 月 日	年 月 日			年 月 日			
	保 険 者 名 称							
	所 在 地							
	記 号 ・ 番 号							
	交 付 年 月 日	年 月 日			年 月 日			
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			年 月 日			
同一保険加入者								
所得等の確認	※ 助成資格の審査のため町民税に関する所得、諸控除及び児童扶養手当の受給状況の確認が必要となります。裏面の「4. 所得等の確認欄の記入」を参考に記入してください。							
	1 <input type="checkbox"/> 当該年の1月1日現在において、多古町に住所を有していなかったため、課税証明書又は非課税証明書を添付します。 2 <input type="checkbox"/> 当該申請に当たり町民税に関する所得及び諸控除の額を多古町が公簿等により確認することに同意します。 3 <input type="checkbox"/> 当該申請に当たり児童扶養手当の受給状況について多古町が公簿等により確認することに同意します。							
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中						
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	銀行			支店			
		口座番号			名義人			
多古町記入欄	所得の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		確認方法	<input type="checkbox"/> 課税（非課税）証明 <input type="checkbox"/> 公簿確認			
	その他添付書類	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 養育費に関する申告書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書の写し <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
		規則第8条第1項第6号に基づく <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳						
備考								

(裏)

[記入上の注意]

1. 申請者住所、氏名、電話番号の記入

申請書(現況届)は原則として、ひとり親家庭等の母又は父若しくは父母以外の者で児童を養育する方(以下、「父母等」という。)が記入してください。

父母等が自署した場合、押印を省略することができます。

2. 家族構成欄の記入

父母等及び監護する児童並びに生計を一にする父母等の直系血族、兄弟姉妹(以下「家族」という。)について記載してください。

配偶者又は児童が多古町の規則に定める障害の状態にある場合は、障害の有無欄に記入し、その障害を証する書類を添付してください。

3. 加入医療保険欄の記入

左欄には、申請者本人が加入する医療保険の保険証等の記載事項について記入してください。

家族内に、別の医療保険に加入している方がいる場合は、右欄にその方の加入する保険証等の記載事項について記入してください。

同一保険加入者欄には、同じ保険証を利用する方全員の氏名を記入してください。

4. 所得等の確認欄の記入

家族に係る所得等の確認は、申請をする年の1月1日現在に多古町に住所を有していなかった方については、1□欄に✓を記入し、1月1日現在の住所地の市町村で発行する課税証明書又は非課税証明書を添付してください。

上記以外の方は、町民税に関する所得及び諸控除の額を多古町が公簿等により確認することに同意していただくことにより、課税証明書又は非課税証明書の添付の必要はありません。この場合は2□欄に✓を記入してください。

児童扶養手当の受給状況について多古町が公簿等により確認することに同意していただくことにより提出する書類の一部が省略されます。この場合は3□欄に✓を記入してください。

5. その他の添付書類について

その他、児童扶養手当法第3条第2項各号に規定する公的年金給付、又は労働基準法の規定による遺族補償その他政令で定める法令によるこれに相当する給付、並びに他法による医療費等の公費負担を受けている者は、それを証する書類を添付してください。