

第1号様式(第10条関係)

母子及び父子家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼
受給者台帳

		受給者証 記号番号		北谷医第		号		⑦加入医療保険状況		保険の種類 1 国保 2 健保(政管・組合・日雇) 3 共済 4 船員		
①保 護 者	フリガナ 氏名 (個人番号)	()		男女	生年月日	年 月 日		被保険者氏名	申請者との続柄			
	住所	〒		電話				記号番号				
	職業			勤務先			保険者所在地	〒				
	勤務先所在地	〒		電話				附加給付の有無				
	生活保護受給状況	受給(年 月 日から)	児童扶養手当受給状況	受給(年 月 日)			上記のとおり、母子及び父子家庭等医療費受給者証の交付を申請します。 助成事業の現況を届出します。					
② 母子・父子家庭となった事由		ア 離婚 イ (父・母)死亡 ウ (父・母)障害 エ (父・母)生死不明 オ (父・母)遺棄 カ (父・母)拘禁 キ 未婚の女子で父がいない ク キかどうか不明 ケ 父母死亡 コ その他()										
③ 婚姻を解消した児童の父又は母の氏名		解消年月日		年 月 日		北谷町長 様 住所 保護者 氏名 印						
④家 族 の 状 況	フリガナ 氏名 (個人番号)	生年月日	続柄	性別	同居別居	監護・養育 開始年月日	対象・ 非対象					
	()	年 月 日		男女	同別	年 月 日	対象 非対象					
	()	年 月 日		男女	同別	年 月 日	対象 非対象					
	()	年 月 日		男女	同別	年 月 日	対象 非対象					
	()	年 月 日		男女	同別	年 月 日	対象 非対象					
	()	年 月 日		男女	同別	年 月 日	対象 非対象					
⑤障 害 の 状 況	氏名	障害名	手帳の番号	等級	有期認定状況 有 ・ 無 次期 年 月							
	確認書類	ア 身障手帳 イ 療育手帳 ウ 児童扶養手当証書 エ その他()										
	⑥ 振込先金融機関		銀行	支店	口座番号							
		名義人	種類		普通							
※ 提出書類確認方法		ア戸籍謄本(抄本) イ住民票謄本(抄本) ウ所得証明書 エ健康保険証		※ 児童扶養手当証書提示(ア～ウ省略)								
※ (個人番号・身元) 確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード + 運転免許証 <input type="checkbox"/> 通知カード + 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号付住民票 + 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号付住民票 + 旅券 <input type="checkbox"/> その他()										
		所得者氏名 (個人番号)		() ()		⑧ 年分所得額		円	円	円		
		⑨ 配偶者及び扶養親族 数(老人扶養親族)		(人)	(人)	(人)						
		⑩ 12月31日現在で生計 を維持している児童数		人	人	人						
		⑪ 障害者控除 (障・特障)		人 円	人 円	人 円						
		⑪ 障害者・特別障害 老年・寡婦・勤労 その他控除		障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円						
		社会保険料等相当		80,000円	80,000円	80,000円						
		⑫ 控除後の所得		円	円	円						
		⑬ 所得限度額		円	円	円						
		審査状況		認定・却下・()								