

別 記

第1号様式(第8条第1項)

ひとり親家庭等医療費等受給資格認定申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

住所 習志野市

氏名

電話

次のとおり、ひとり親家庭等医療費等受給資格の認定を申請します。

世帯の構成※	氏名	生年月日	個人番号	申請者との続柄	対象・対象外の別
				本人	対象・対象外
					対象・対象外
保険の種類	被保険者の氏名				
	保険の種類	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他			
	保険者名			保険者番号	
	記号・番号	(記号)	(番号)		
	資格取得年月日	年 月 日			
所得及び世帯の状況	受給資格の審査のため、習志野市が次の情報を確認することに同意します。				
	1 所得の状況 市民税に関する情報のうち所得及び控除の額				
	2 世帯の状況 住民票に関する情報				
	氏名				印
	※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。				
	児童扶養手当受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
	公的年金受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
	生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
	寡婦(夫)控除みなし適用	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			
振込先	銀行() 支店()				
	1 普通	口座名義(カナ)			
	2 当座	口座番号			

※「世帯の構成」欄について、住民票上別世帯であっても同一住所に居住する扶養義務者がいる場合は、記載してください。

※寡婦(夫)控除みなし適用を希望する場合は、その事実を明らかにすることができる書類(戸籍全部事項証明書等)の添付が必要です。