様式第1号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※決裁 |  |  |  | 主務 | 受付 | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  | 決裁 | 　　年　　月　　日 |
| 交付 | 　　年　　月　　日 |
| ※　受給資格証交付 | 要否 |
| ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請書　　年　　月　　日　富山県中新川郡舟橋村長　あて住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(母又は父、養育者)　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　㊞下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格証の交付を申請します。 |
| 受給資格者 | 区分 | 個人番号 | 住所 | ※受給資格番号 | ※有効期間 |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
| 母又は父養育者 |  |  |  | 　年　月　日 |
|  | 本人 | 　年　月　日 |
| 児童 |  |  |  | 　年　月　日 |
|  |  | 　年　月　日 |
|  |  |  | 　年　月　日 |
|  |  | 　年　月　日 |
|  |  |  | 　年　月　日 |
|  |  | 　年　月　日 |
| 配偶者の状況 | ア　離婚　　イ　死亡　　ウ　廃疾　　エ　生死不明　　オ　遺棄　　カ　拘禁キ　未婚の女子で父がいない　　ク　生保離脱　　ケ　ＤＶの保護命令 コ その他 |
| 公的年金受給状況 | ア　児童扶養手当　　イ　遺族厚生年金　　ウ　遺族基礎年金　　エ　その他（　　　　　）オ　受給していない |
| 所得状況　扶養親族等控除 | 受給資格者（母又は父、養育者） | 配偶者氏名（　　　　　　） | 扶養義務者氏名（　　　　　　） |
| 個人番号  |  |  |  |
| 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数） | 人(老　人)(特 人) | 人（老 　人） | 人（老 　人） |
| 所得金額 | 円 | 円 | 円 |
| 養育費 |  |  |  |
| 控除 | 障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数 | 人円 | 人円 | 人円 |
| 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数 | 人円 | 人円 | 人円 |
| 障害者・特別障害者・老年者・寡婦・勤労学生の別 | 障・特障老・寡・特寡・勤　　　　円 | 障・特障老・寡・特寡・勤　　　　円 | 障・特障老・寡・特寡・勤　　　　円 |
| 配偶者特別控除 | 円 | 円 | 円 |
| 医療費等控除 | 円 | 円 | 円 |
| 社会保険料等相当分 | 円 | 円 | 円 |
| 控除後の所得金額 | 円 | 円 | 円 |
| 療保険加入医 | 被保険者名 |  | 続柄 |  | 保険種別 | 協・組・日・船・共・国 |
| 保険者名 |  | 被保険者証記号番号 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 　ひとり親家庭等医療費受給資格の申請に必要な範囲で、世帯に係る所得調査及び課税台帳の確認行為に同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞ |