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　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |