

ひとり親家庭等医療費等助成受給券交付申請書

八街市長 様

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

印

電 話

()

八街市ひとり親家庭等医療費等の助成に
関する条例第5条第1項の規定により、
受給券の交付を受けたいので申請します。

家 族 講 成	氏 名	生 年 月 日	続柄	個人番号				個人情報 確認承諾 (印)	※対象・ 対象外	
		・	・	本人						
		・	・							
		・	・							
		・	・							
		・	・							
加 入 医 療 保 険 状 況	被保険者 氏 名			住所						
	加入医療 保険名称			記号・番号	記号				番号	
	保険者名			所在地						
	交付年月日			資格取得年月日						
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								
受給資格		離 婚 ・ 未 婚 ・ 死 亡 ・ 遺 棄 ・ 障 が い ・ 拘 禁 ・ 養 育 者								
※ 審 査	認定 (年 月 日) 却下 (本人所得超過・扶養義務者 () 所得超過)									
	児童扶養手当受給の有無	有 (全 部 ・ 一 部) 無								
	年金受給の有無	有 (年金) 無								

注1 個人情報確認承諾の欄に押印した者については、ひとり親家庭等医療費等助成に必要な個人情報について、助成の対象期間に限り八街市が調査確認することに承諾したものとします。
 2 該当年の1月1日において、本市に住民登録のない者については、課税状況を確認するための同意書の添付が必要です。
 3 審査対象年度の所得に関する申告を行っていない者は、所得の申告が必要です。
 4 ※印の項目については、記入しないでください。