

太枠内を記入してください

ひとり親家庭等医療費受給者資格認定申請書

(宛先) 府中町長

次のとおり申請します。なお、ひとり親家庭等医療費補助の認定に際して、府中町長が必要と認める場合は、私、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の住民基本台帳の確認及び所得等の状況を調査のうえ、利用されることに同意します。また、他の制度の受給状況など必要な情報を公簿等により確認されることにも同意します。このことについて、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。さらに、ひとり親家庭等医療費補助の認定に際して、府中町長が必要と認める場合は、個人番号により所得等の状況、加入医療保険情報を確認することに同意します。

令和 年 月 日

受付確認年月日	申請者
	住所 府中町
	氏名
	電話番号 () -

※住民票上ではなく一緒に住んでいる又は生計同一者全員の氏名を記入

ひとり親家庭等医療費助成対象 該当・非該当の別	氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号	()年1月1日の住所地	所得税の状況
該当・非該当		男・女		本人		<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税
該当・非該当		男・女				<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税
該当・非該当		男・女				<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税
該当・非該当		男・女				<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税
該当・非該当		男・女				<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税
該当・非該当		男・女				<input type="checkbox"/> 府中町内 <input type="checkbox"/> 府中町外 ()	課税・非課税

※該当するところを○でかこみ番号を記入

申請事由	死別 (年 月 日) 離婚 (年 月 日) 転入 (年 月 日) その他 ()
公的年金又は児童扶養手当受給状況	受けている 受けていない 手続き中
	・児童扶養手当 ・年金 証書番号 _____
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別添のとおり マイナ保険証 有・無 受給資格 有・無

※申請書の提出の際は、受給資格者全員（申請者本人及び対象児童）のマイナ保険証の提示又は資格確認証の写しを添付してください。

※児童の健全な育成および児童虐待未然防止など予防的支援のため、本申請に伴う受給資格情報を利用します。

なお、その他の目的外の利用はいたしません。