

母子家庭等医療費受給者証交付申請書

85 (県) 母子 遺児等 父子 84 (市) 母子 遺児等 父子

※太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

保護者 (母・父等)	フリガナ		子との続柄	住所		
	氏名		母・父 保護者	三田市		
対象児童 扶養義務者 他()	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 母・父 ()	同居	別居	寮・親族の家 他() 重度障害
対象児童	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	別居	寮・親族の家 他() 重度障害
対象児童	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	別居	寮・親族の家 他() 重度障害
対象児童	フリガナ		続柄	住所		他制度受給
	氏名		子 ()	同居	別居	寮・親族の家 他() 重度障害

※他に対象者がいる場合は別紙に記入

年金等 受給状況	1. 受給なし 2. 福祉年金 3. 厚生年金 4. 児童扶養手当(支給開始も含む) 5. その他()	養育費	円
-------------	---	-----	---

三田市長あて

福祉医療費の助成事務に関して、住民基本台帳・市税等に関する課税資料、その他の賦課徴収資料の調査を承諾します。なお、他の同一世帯員や別世帯の扶養義務者等の調査についても同意を得ております。当事業により既に公費負担した額のうち、世帯主等が給付を受けるべき保険給付(高額療養費等)が発生した場合は、その受領を公費負担者である当市に委任し、世帯内での紛争が生じた場合は私の責任において解決します。以上のことに対応するため、加入保険から被保険者情報及び給付情報等の提供を得ること、また申請内容について加入保険に提供することに同意します。また、世帯構成に変更があったときや、受給者証記載内容の変更があったとき、加入保険等の変更があったときは届け出ます。

申請者
(保護者)

※手書きしない場合は記名
押印してください。

連絡先 ()

(市処理欄)

所得判定	令和 年度	①扶養親族等の合計数 ※旧年少扶養人数含	人	②所得制限額 市基準	万円
	③総所得金額	⑤所得金額	⑥実額控除(計)	⑧所得金額	②所得制限額 県基準
	円	円	円	円	扶養親族加算(老10万・特15万/1人毎) +
	円	円	円	円	※⑧≤②であれば認定 低所得判定 ※年金収入+他所得 万円≤80万円
所得判定	令和 年度	①扶養親族等の合計数 ※旧年少扶養人数含	人	②所得制限額 市基準	万円
	③総所得金額	⑤所得金額	⑥実額控除(計)	⑧所得金額	②所得制限額 県基準
	円	円	円	円	扶養親族加算(老10万・特15万/1人毎) +
	円	円	円	円	※⑧≤②であれば認定 低所得判定 ※年金収入+他所得 万円≤80万円

申請事由①	新規	審査	認定(県・市)	一般
	転入		低所得	
	生保廃止		所得超過	
	その他()		却下	その他()

申請事由②	1. 死別 2. 離婚 3. 遺棄 4. 障害 5. 拘禁 6. 未婚 7. 遺児 8. その他()	左記事由 発生日	昭・平・令 年 月 日
健康保険 加入日	平・令 年 月 日	監護 開始日	平・令 年 月 日
		児扶手 申請日	平・令 年 月 日

資格取得年月日	令和 年 月 日	※新規認定の場合は上記の日付のうち、一番直近の日付が資格取得日	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり
証有効期間1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日1	令和 年 月 日
証有効期間2	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日2	令和 年 月 日

特記事項 課税対象収入がない場合の生活状況【非課税年金等()・預貯金等・その他()】

案内	制度案内【窓口・郵送】 証交付前受診【無・有(案内済)】	備考	受付	
添付	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 母子家庭等を証明する書類 <input type="checkbox"/> 課税所得証明書		入力	確認