

記入見本

母子家庭等医療費受給者証交付申請書

85 母子 遺児等 (県) 父子 母子 遺児等 (市) 父子

※太枠内をご記入ください。

		申請日		年 月 日	
保護者 (母・父等)	フリガナ	サンダ ハナコ		住所	
	氏名	三田 花子		三田市 三輪2丁目●-●	
対象児童	フリガナ	サンダ イチロウ		住所	
	氏名	三田 一郎		他()	
児童の母・父 他()	生年月日	明・大・昭・平・令 63年12月9日		他制度受給	
	生年月日	明・大・昭・平・令 26年3月2日		乳幼児(こども) ・ 重度障害	
対象児童	フリガナ	サンダ ジロウ		住所	
	氏名	三田 二郎		他()	
対象児童	生年月日	平・令 28年6月9日		他制度受給	
	生年月日	平・令 年 月 日		乳幼児(こども) ・ 重度障害	
対象児童	フリガナ			住所	
	氏名			他()	
対象児童	生年月日	平・令 年 月 日		他制度受給	
	生年月日	平・令 年 月 日		乳幼児(こども) ・ 重度障害	
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
<p>三田市長あて</p> <p>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、加入保険等の変更があったときは届け出ます。</p> <p>申請者 (保護者) 三田 花子 ※手書きしない場合は記名押印してください。</p> <p>連絡先 079 (559) ●●●●</p>					

記名の場合押印してください。

(市処理欄)

所得判定	年度	①扶養親族等の合計数 ※旧年少扶養人数含む	人	②所得制限額 ※所得制限を参考	万円
	③総所得金額	⑤所得金額	⑥実額控除(計)	⑧所得金額	加 老人扶養親族等(10万/1人毎) + 万円
	円	円	円	円	算 特定扶養親族(15万/1人毎) + 万円
	④養育費(×0.8)	円	⑦定額控除(計)	円	⑨差引後所得額 ⑨≤② ②'差引 万円
円	円	円	円	円 ※年金収入+他所得 万円≤80万円	
所得判定	年度	①扶養親族等の合計数 ※旧年少扶養人数含む	人	②所得制限額 ※所得制限を参考	万円
	③総所得金額	⑤所得金額	⑥実額控除(計)	⑧所得金額	加 老人扶養親族等(10万/1人毎) + 万円
	円	円	円	円	算 特定扶養親族(15万/1人毎) + 万円
	④養育費(×0.8)	円	⑦定額控除(計)	円	⑨差引後所得額 ⑨≤② ②'差引 万円
円	円	円	円	円 ※年金収入+他所得 万円≤80万円	

申請事由①	新規	
	転入	
	生保廃止	
	その他()	

審査	認定(県・市)	一般
		低所得
		税情報なし
	却下	所得超過
		その他()

申請事由②	1. (夫・妻)と死別 2. (夫・妻)と離婚 3. から遺棄 4. が心身障害者 5. 未婚の母 6. 遺児 7. 拘禁 8. ()	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	配偶者 転出日	平・令 年 月 日
		児扶手 申請日	平・令 年 月 日

資格取得年月日	平・令 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	□別紙のとおり
証有効期間1	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	交付日1	平・令 年 月 日
証有効期間2	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	交付日2	平・令 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	パンフレット交付【済・未】	備考	受付
	還付申請案内【済・未】		
添付	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 母子家庭等を証明する書類	入力	確認
	<input type="checkbox"/> 課税所得証明書		