

① ひとり親家庭等医療費助成制度医療証交付申請書

申請者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	氏名						配偶者の有無	有・無
	住所	昭島市 電話 - -						
	年1月1日現在住所	市内・市外	平成	年	月	日	市より転入	
	勤務先名	電話 - -						

生活保護の受給状況	受給(申請中) 非受給	児童扶養手当の受給状況	受給(申請中) 非受給	児童育成手当の受給状況	受給(申請中) 非受給
該当事由	ア 離婚 イ 死亡 ウ 障害 エ 生死不明 オ 遺棄 カ 拘禁 キ 未婚の女子の子 ク キかどうか不明 ケ 父母死亡 コ その他()				

申請者及び助成対象児童	氏名	生年月日	続柄	同居・別居の別	監護又は養育を始めた年月日	障害者医療助成の有無	対象区分
	申請人本人					有・無	対象 非対象
		平成 年 月 日生		同居・別居	平成 年 月 日	有・無	対象 非対象
		平成 年 月 日生		同居・別居	平成 年 月 日	有・無	対象 非対象
		平成 年 月 日生		同居・別居	平成 年 月 日	有・無	対象 非対象

障害の状況	氏名	生年月日	種別及び等級	手帳等の番号	障害名
		昭和 平成 年 月 日生	身障手帳 愛の手帳 級度		
		昭和 平成 年 月 日生	身障手帳 愛の手帳 級度		

扶養義務者	氏名	生年月日	続柄	居住状況	同居を始めた年月日	年1月1日現在住所
		明・大 昭・平 年 月 日		同居	昭和 平成 年 月 日	市内・市外
		明・大 昭・平 年 月 日		同居	昭和 平成 年 月 日	市内・市外

加入保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期						
	被保険者氏名			申請者の続柄	本人・本人外	付加給付	有・無	
	被保険者証 記号・番号	記号			保 険 者 名 称	所在地		
		番号				番号		
保険取得日	昭和 平成 年 月 日							

上記のとおり、ひとり親医療費助成制度の医療証の交付を申請します。
この届に記載した状況について、住民基本台帳、戸籍、課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印

(あて先) 昭島市長

備考

電算 / 課税・非課税

--	--	--	--	--	--

注) 太枠の中を記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに登録されます。

年分所得		21 請求者	22 配偶者	23 扶養義務者	
氏名					
	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(申請者については、老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数(特定扶養親族の数)))	人 (人) (人)	人 (人) (人)	人 (人) (人)	人 (人) (人)
上記以外で前々年の12月31日において請求書によって生計を維持していた児童		人			
所得額	規則第12条第1項による所得額	円	円	円	円
	規則第11条に定める金品等の額	円			
	父又は母に対し支払われた額	円			
	父又は母に対し支払われた額の8割相当額A 児童に対し支払われた額	円			
	児童に対し支払われた額の8割相当額B	円			
	合計 A + B	円			
状況	障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人 円	人 円	人 円	人 円
	障 特障	人 円	人 円	人 円	人 円
控除額	障害者、特別障害者、寡婦、(障・特障・寡・特寡・勤) 障・特障・寡・特寡・勤 (障・特障・寡・特寡・勤) 障・特障・寡・特寡・勤 (障・特障・寡・特寡・勤)	円	円	円	円
	雑損控除	円	円	円	円
	医療費控除	円	円	円	円
	小規模企業共済等掛金控除	円	円	円	円
	配偶者特別控除	円	円	円	円
	社会保険料相当額	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円
	控除額計	円	円	円	円
	控除後の所得額	円	円	円	円
所得制限限度額	円	円	円	円	
住民税課税状況	課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税	
提出書類の確認方法	戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)又は戸籍個人事項証明書(戸籍抄本)	(添付	児童扶養手当証書	公簿確認)	
	住民票	(添付	児童扶養手当証書	公簿確認)	
	所得証明	(添付	児童扶養手当証書	公簿確認)	
	調書	(添付	児童扶養手当証書	公簿確認)	
	健康保険証	(添付	公簿確認)		
	課税証明	(添付	公簿確認)		
養育費に関する申告書	(添付	児童扶養手当証書)			
備考					