

記入例

※ 個人番号…マイナンバー（12ケタ）

様式第1号(第3条、第5条、第6条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書・ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	住所及び1/1現在(*)の住所
		個人番号		
申請母等	コオリヤマ ハナコ 郡山 花子	昭和〇〇年 4月 1日生		大和郡山市北郡山町248-4
		123456789123		<1/1現在(*)の住所> 同上
対象児童	コオリヤマ ジョウ 郡山 城	平成〇〇年 5月 1日生	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
		345678912345		
	コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	平成〇〇年 6月 1日生	次男	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
		567891234567		
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

(*)1~7月の資格取得の場合:前年、8~12月の資格取得の場合:当該年

世帯の別に関わらず、上記の医療費助成対象者以外に同居されている方がおられる場合もご記入ください。

●詳細は別紙のとおり
 対象者全員の保険証等の写しを裏面に貼付してください。
 ※被保険者と申請者が異なる場合は、別途「被保険者届出書」及び「同意書」が必要です。

●生計を一にしている扶養義務者等（同所同番地に居住している親族を含む） ※別途同意書が必要です。

氏名	生年月日	申請者との続柄	個人番号	同意の有無
郡山 一郎	昭和〇〇年 7月 1日生	父	234567891234	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
郡山 さくら	昭和〇〇年 8月 1日生	母	912345678912	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	年 月 日生			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	年 月 日生			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

医療費助成金(現物給付分を除く。)を下記の金融機関口座に振り込んでください。 ※申請者名義の口座をご記入ください。

銀行	本店	口座番号	口座名義人(フリガナ)	1普通
信用金庫	支店	1234567	コオリヤマ ハナコ	2当座
農協	出張所			

大和郡山市ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例第2条に規定する助成要件に該当しますので、上記のとおりひとり親家庭等医療費受給資格証の交付(更新)及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

- ・この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うこと。
- ・高額療養費の支給を受けられる場合、医療機関等が「高額療養費支給申請書」、「被保険者証の写し」、「医療費受給資格証の写し」及び「診療報酬明細書等の写し」を徴すること、並びにこれらのものを市長に提出すること。
- ・既に受給した助成金について差額が生じた場合、助成金支給額において相殺すること、または、差額の返還に応じること。

〇〇年 〇月 〇日

大和郡山市長 様

申請者氏名 郡山 花子

[自宅 ・ 申請者携帯 ・ 他()]

本人による自署をお願いします。

連絡先電話番号 ××× - ×××× ××××

◎申請内容と異なる状況が確認された場合、遡及して資格が取り消されることがあります。

受給者番号	申請理由	資格発生日	申請理由 離婚・死 生保廃止・ 未婚・転入 ()	交付年月日	交付

日中連絡のとりやすい番号をご記入ください。

対象者の健康保険証（コピー）を貼付ください。

保険証（写）を貼付してください。

(例)

健康保険 平成〇〇年〇月〇日交付
被保険者証
氏名 〇〇 〇〇
生年月日 〇〇年△月△日
認定年月日 〇〇年△月△日
被保険者氏名 〇〇 〇〇
全国健康保険協会 〇〇支部

* 生計を一にしている扶養義務者等について

氏名	生年月日	申請者との続柄	個人番号	同意の有無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無

以下の項目は記入しないでください。

※要件	イ 配偶者のない者で現に18歳未満の児童を扶養するもの (1.死亡 2.離婚 3.生死不明 4.遺棄 5.障害 6.拘禁 7.未婚 8.その他) ロ 配偶者のない者に扶養されている対象児童 ハ 父母のいない18歳未満の児童 ニ ハの児童を養育している配偶者のない者又は婚姻したことのない者	※交付申請事由	<input type="checkbox"/> 新たに要件に該当 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 転出取消 <input type="checkbox"/> 切替 <input type="checkbox"/> その他
-----	--	---------	---

※所得状況	申請者	配偶者及び扶養義務者		※備考
氏名	人	人	人	【同所同番地の居住者に関する事項】
①同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 うち、④70歳以上の者	(④) 人	(④) 人	(④) 人	
⑤特定扶養親族(19歳以上23歳未満)の数	(⑤) 人			
⑥扶養親族(16歳以上19歳未満)の数	(⑥) 人			
② ①以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童				
所得額				【その他事項】
金品等(養育費)の額(8割分)				
控除額計				
※控除後の所得額				
制限額				

※審査	認定 ・ 却下 (停止)
-----	--------------