

ひとり親家庭医療費受給者証交付申請書

(あて先) 加賀市長

申請者 住所 加賀市

方書

氏名

(電話番号)

申請日	年 月 日	ひとり親家庭医療費受給者証の交付を申請します。 なお、資格の審査及び更新手続きに必要な世帯状況及び税関係書類の調査をされても異議は申し立てません。						
区分	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	所得	保 険	備 考	
受給者	父又は母	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人	扶養人数 人	記号番号		
					所得額 円	被保険者名		
					養育費 円	保険者番号		
						付加給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
						資格取得日 S/H/R 年 月 日		
	給 児 者 童		平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 養育費 円	<input type="checkbox"/> 父又は母と同じ	
						<input type="checkbox"/> その他所得 円	<input type="checkbox"/> 父又は母と異なる	
						<input type="checkbox"/> 所得なし	資格取得日 S/H/R 年 月 日	
扶養義務者		その他	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	配偶者	扶養人数 人		
		その他	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		所得額 円		
	その他	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		所得なし			

申請事由 死亡 離婚 障害(級) 生死不明 遺棄 拘禁 未婚の母 その他()

児扶 認定あり[全部支給・一部支給・全部停止] 申請中 資格なし[年金等受給・時効・その他()]

振込先 銀行 金庫 本店 普通 No. 農協 組合 支店 当座

注意 1 太枠内について、必要事項を記入してください。
2 「所得」欄について…総所得から特定の控除額を差し引いた金額及び母又は児童が受け取った養育費について記入してください。
3 「保険」欄について…児童の加入保険が「父又は母と異なる」場合は、「備考」欄にその保険を記入してください。

次の欄は記入しないでください。

※担当課記入欄	受給者	扶養義務者	備考
扶養 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(内、老人扶養親族の数)			【 審 査 】
上記以外で前年の12月31日において請求者が生計を維持していた児童			
所得 児童扶養手当法施行令第4条第1項による所得の額			□認定 □停止 □却下
児童扶養手当法施行令第3条に定める金品等の額の8割相当額			
控 障害者控除			【 開 始 日 】
寡婦・寡婦特(申請者が母の場合を除く)、寡夫、勤労学生控除			
雑損控除			
医療費控除			
小規模企業共済等掛金控除			
除 配偶者特別控除			【受給者証の記号番号】
地方税法附則第6条第1項による免除(肉用牛の売却による事業所得)			
児童扶養手当法施行令第4条第1項による控除	80,000	80,000	
控 除 後 の 所 得 額			ひ-
所 得 制 限 限 度 額			