

(表面)

課 長	課長補佐	係 長	主 査	担 当	決定年月日	文書分類 番 号	05	05	03	003	文書取 扱主任
					R 年 月 日	保 存 年 限	1・3・⑤・7・10・永				
1 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。											
2 次の理由により下記申請を却下する。											
〔						有 効 期 限					
						R 年 月 日～R 年 月 日					
						R 年 月 日～R 年 月 日					

ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

滝川市長 様

住 所 滝川市 町 丁目 番 号
番地

親初 親課

申請者 氏 名
対象者との続柄
連絡先 電話 — —

滝川市民福祉条例第3条の2の規定によりひとり親家庭等医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

対象者の状況	受給者番号	フリガナ		生年月日	続柄	医療保険 番号枝番	同居 別居 の別	個人番号 (12桁)			
	父	氏	名	S・H 年 月 日 (歳)			同居 別居				
	子			H・R 年 月 日 (歳)			同居 別居				
	子			H・R 年 月 日 (歳)			同居 別居				
	子			H・R 年 月 日 (歳)			同居 別居				
取得事由	ひとり親家庭等 となった理由		死亡・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害 両親の死亡・両親の行方不明・未婚・その他()								
	ひとり親家庭等 となった日		年 月 日			事実婚の有 無		有・無			
	父 母 の 状 況	氏名	父				母				
状況		生存・死亡 年 月 日			生存・死亡 年 月 日						
医療保険	種 別	協・組・共・国・後		記号	番号						
	被 保 険 者 (世 帯 主)			資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		付加 給付	有・無			
	保 険 者 名										
添 付 書 類				備 考	同日公簿確認済						

(裏面)
養育費等に関する申告書 (更新)

1 前年 (1月から12月までの1年間) の養育費等の受け取り状況

☐ 受け取った (下記の記入要領にしたがって下の表に必要な事項を記入してください。)

☐ 受け取っていない (2について、申告してください。)

【1で「受け取っていない」と回答した方のみ申告してください】

2 今後の養育費等の受け取り状況の予定

☐ 受け取る予定がある (下記の記入要領にしたがって下の表に必要な事項を記入してください。)

☐ 受け取る予定がない

区分	養育費等の額	受取状況
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	

上記のとおり相違ありません。

申告内容に変更が生じた場合は、直ちに報告いたします。

令和 年 月 日

氏名



記入要領

1 この申告書の目的・趣旨

この申告書は、ひとり親家庭等医療費の受給資格を審査するために必要なひとり親家庭等医療費の支給対象となる児童 (以下「対象者」といいます。) 及び対象者の母又は父の所得の額を算定するため、対象者の母又は父の前配偶者から受け取る金品その他の経済的利益 (以下「養育費等」といいます。) を申告するものです。

2 養育費等について

(1) 対象者の母又は父の前配偶者から、前年に対象者及び対象者の母又は父が養育費等を受け取っているかどうか申告してください。

(2) 前年に養育費等を受け取っていない方については、今後の養育費等の受け取る予定があるかどうか申告してください。

【(1)及び(2)において、受け取っている方又は受け取る予定がある方】

(3) 「区分」欄は、前配偶者が複数あり、それぞれから養育費等を受け取った、または受け取る予定がある場合に、それぞれが区別できるよう前配偶者の名前等を記入してください。前配偶者が1人の場合には、この区分欄は、空欄で結構です。

(4) 「養育費等の額」欄は、それぞれの区分における養育費等の合計額を記入してください。

(5) 「受取状況」欄は、次の例にしたがって記入してください。

例1 毎月5万円で12か月間受け取っている場合には、「月々5万円12か月分」と記入してください。

例2 年3回、それぞれ1万円、3万円、5万円を受け取っている場合には、「年3回 1万円、3万円、5万円」と記入してください。

例3 年1回、受け取っている場合には、「年1回」と記入してください。

同意書

滝川市長 様

下記の者は、滝川市長がひとり親等医療費受給者証の交付に係る医療保険各法による被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明及び負担割合並びに所得制限の判定のため、医療保険の種別・記号・番号、所得等の状況について公簿等により確認（個人番号を利用した被保険者等区分・番号及び地方税関係情報等の取得を含む。）することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

【同意期間】 本同意は、ひとり親等医療費受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】 令和 年 月 日

同意者	フリガナ		対象者との続柄													
	氏 名		⑩	生 年 月 日	年 月 日											
				個 人 番 号												
	住 所			1 月 1 日の住民登録地												
				今年	都道府県			市区町村								
前年				都道府県			市区町村									
同意者	フリガナ		対象者との続柄													
	氏 名		⑩	生 年 月 日	年 月 日											
				個 人 番 号												
	住 所		☐ 同 上	1 月 1 日の住民登録地												
				今年	都道府県			市区町村								
前年				都道府県			市区町村									
同意者	フリガナ		対象者との続柄													
	氏 名		⑩	生 年 月 日	年 月 日											
				個 人 番 号												
	住 所		☐ 同 上	1 月 1 日の住民登録地												
				今年	都道府県			市区町村								
前年				都道府県			市区町村									
同意者	フリガナ		対象者との続柄													
	氏 名		⑩	生 年 月 日	年 月 日											
				個 人 番 号												
	住 所		☐ 同 上	1 月 1 日の住民登録地												
				今年	都道府県			市区町村								
前年				都道府県			市区町村									
同意者	フリガナ		対象者との続柄													
	氏 名		⑩	生 年 月 日	年 月 日											
				個 人 番 号												
	住 所		☐ 同 上	1 月 1 日の住民登録地												
				今年	都道府県			市区町村								
前年				都道府県			市区町村									

記入要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。