

第 1 号様式（第 7 条関係）

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書

令和 年 月 日

長生村長 様

申請者 住所

(保護者等) 氏名

電話 03-3463-1111

次のとおり、助成資格申請をします。

	氏名	個人番号	生年月日	申請者との続柄	障がいの有無
助成対象者				本人	有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
同居親族					
該当事由		☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 死別 ☐ 障がい ☐ 生死不明 ☐ 遺棄 ☐ その他（ ）			
事由該当日		年 月 日			
児童扶養手当認定状況等		児童扶養手当の資格認定及び受給状況を村が確認することに ☐ 同意します。 ☐ 同意しません。			
所得の状況等		助成資格及び支給の制限の該当の有無の審査に必要な住民登録情報及び地方税関係情報について ☐ 公簿等で村が確認することに同意します。 ☐ 必要書類を添えて申請します。			
生活保護受給		有 ・ 無 ・ 申請中			
<p style="text-align: center;">養育費に関する申告</p> <p>私及び対象児童が、前年（１月から１０月までに助成資格申請をする場合は、前々年に）に受け取った養育費の状況は以下のとおりですので申告します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 養育費の受取り 有りの場合 </div> <div> ☐ 有り ☐ 無し 申請者名義 円 支払者氏名（ ） 児童名義 円 支払者氏名（ ） </div> </div>					

添付書類

- 1 国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であることを証する書類
- 2 戸籍の謄本又は抄本
- 3 世帯全員の住民票の写し
- 4 ひとり親家庭の父母等及び扶養義務者で当該保護者等と生計を同じくするものの前年（１月から１０月までの間に資格申請書を提出する者にあつては、前々年）の所得の状況を証する書類
- 5 保護者等の当該年度（１月から１０月までの間に資格申請書を提出する者にあつては、前年度）の市町村民税の課税状況を証する書類
- 6 １８歳以上２０歳未満の児童又は配偶者が規則に定める障害の状態にある場合は、これを証する年金証書又は診断書

２～６の書類は、表面で児童扶養手当認定状況及び所得の状況等を村が確認することに同意した場合は、添付を省略することができます。

加入医療保険情報（マイナポータル確認時）

保険（組合）名							
保険者番号							
加入医療保険	保 険 者 名						
	記 号 ・ 番 号						
	被 保 険 者 氏 名						
	資 格 取 得 年 月 日	平成 令和					