

担当	係長	課長
----	----	----

第1号様式

親ひとり親家庭等医療証交付申請書・現況届

(宛先) 川崎市長

次のとおり、ひとり親家庭等医療費助成に係る(申請書・現況届)を提出します。
 なお、医療費助成を受けるに当たり必要な限度で、所得状況その他助成に関する事項の調査について市長に委任します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

(※ 児童の個人番号の記載は不要です。)

①申請者	住所 川崎市 区
	フリガナ
	氏名 印 電話 ()

フリガナ氏名	続柄	性別	生年月日	同居別居	認定	保険	資格取得年月日
					対象 非対象	ア イ	受給者番号
申請者	男	大・昭・平・令	同居	対象	ア	・	・
	女	・					
個人番号							
申請者	男	大・昭・平・令	同居	対象	ア	・	・
	女	・					
個人番号							
申請者	男	大・昭・平・令	同居	対象	ア	・	・
	女	・					
個人番号							
申請者	男	大・昭・平・令	同居	対象	ア	・	・
	女	・					
個人番号							
申請者	男	大・昭・平・令	同居	対象	ア	・	・
	女	・					
個人番号							

③健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合	被保険者等の氏名	健康保険証		保険者		保険
	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 県外国保 <input type="checkbox"/> その他		記号	番号	名称	番号	加入日

④身体障害者手帳・療育手帳の所持者				⑤ひとり親家庭等となった理由			
氏名	障害名	手帳番号等	等級程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 未婚の母 <input type="checkbox"/> 父母の死亡 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他			

⑥ 19歳で 高校等 在学中	氏名	学 校 名	学 年	申請者の前年の1月1日現在の住所
				<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 国外

確認書類 健康保険証 児童扶養手当証書(番号) 戸籍謄本 住民票 所得証明書 申立書

児童扶養手当関係書類連絡票
 (申請理由) 年 月 日 本申請者から児童扶養手当認定請求書を受け付けました。
新規申請 生保廃止 出生
 (市外・市内) 転入 (年 月 日) 福祉事務所 担当者 印
その他()

※所得の状況	年分所得		扶養親族数	雑損控除・医療費控除 配偶者特別控除 小規模企業共済掛金控除	特定扶養数	老人扶養数	障害者控除	特別障害者控除	その他控除 ※該当する項目に○を付けてください。	備考
	氏名	合計所得金額								
申請者		円	人	雑損 円 医療費 円 配特 円 小規模 円	人	人	人	人	寡婦(夫) 特例寡婦・勤労学生 その他 なし	未申告 現住所と異なる。 その他
配偶者		円	人	雑損 円 医療費 円 配特 円 小規模 円	人	人	人	人	寡婦(夫) 特例寡婦・勤労学生 その他 なし	未申告 現住所と異なる。 その他
扶養義務者		円	人	雑損 円 医療費 円 配特 円 小規模 円	人	人	人	人	寡婦(夫) 特例寡婦・勤労学生 その他 なし	未申告 現住所と異なる。 その他
所得確認結果 1課税台帳確認 2所得証明書添付 3未申告 (該当する欄に○をつけてください。)										