



ひとり親家庭等医療費受給者認定(更新)申請書

I 家族構成員(全員)	① 氏名	② A受給者 B扶養義務者	父母等 との続柄	同居・ 別居の 別	生年月日	職業	③ 年収	住所
	男女	A・B	本人	同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
	男女	A・B		同・別	年 月 日		円	
II 医療保険 受給者加入	被保険者氏名		受給者との 続柄		住所			
	④ 保険種別	政・組・船・ 共・国・後	被保険者証 の記号番号				有・無	
	被保険者証発行機 関名		所在地					
III⑤ 受給者認定申請事由		1 死別 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外にいる 6 精神又は身体の障がい 7 拘禁 8 未婚の父又は母 9 父母のない児童						
IV 申請事由が1. 2. 8. 9の ときは戸籍確認者印		※			住民基本台 帳確認者印	※		
V 所得	父母等	※該当・非該当		課税台帳確認者印		※		
	⑥ 扶養義務者	※該当・非該当		課税台帳確認者印		※		
VI※ 審査		1 認定 2 却下(理由)						
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者の認定を申請いたします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 徳島県 様								



- 附加給付等がある場合は、委任状等の書類を添付してください。
- ※印の欄は記入しないでください。
- 字は楷書ではっきり書いてください。

注 意(様式第1号の2裏面)

標題 受給者の認定申請をする場合には、標題の“更新”の字句を抹消してください。また、受給者の認定更新申請をする場合には、標題の“交付”の字句を抹消して提出してください。

I

- ①の欄 同居別居にかかわらず家族全員の氏名を記入してください。
- ②の欄 受給者に該当する方はAに、受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持している方がいるときにはBに、○印を記入してください。
- ③の欄 各人の年収を記入してください。(各種年金等を含む。)

II

- ④の欄 該当する保険種別を○でかこんでください。「政」は、政府管掌健康保険、「組」は、組合管掌健康保険、「船」は、船員保険、「共」は、国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済組合、「国」は、国民健康保険、「後」は、後期高齢者医療の略です。

III

- ⑤の欄 該当する申請事由の番号を○でかこんで下さい。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えて提出して下さい。

1 申請事由に関する書類

- (1) 配偶者と死別又は離婚した方は、戸籍謄本。ただし、美波町に本籍のある方を除きます。
- (2) 配偶者の生死が明らかでない方は、警察署その他の官公署又は関係会社等の証明書。
- (3) 配偶者から遺棄されている方は、福祉事務所又は、民生児童委員等の証明書。
- (4) 配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができない方は、官公署又は、民生児童委員の証明書。
- (5) 配偶者が精神又は身体の障がいにより、長期にわたって労働能力を失っている方については、医師の診断書。
- (6) 配偶者が法令の規定により、長期にわたって拘禁されている方は、刑務所又は拘置所その他官公署等の証明書。
- (7) 婚姻によらないで父又は母となった方は、戸籍謄本。ただし、美波町に本籍のある方を除きます。
- (8) 父母のいない児童は、父及び母について(1)から(7)に掲げる書類に準ずる書類。

2 所得に関する書類

- (1) 申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた方は、前年(1月から6月までの間に申請するときは、前々年。以下同じ。)の所得を証明することができる書類又は児童扶養手当受給者証の写し。
- (2) 受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持する方が、申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、その方の前年の所得を証明することができる書類。