|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費等助成受給券交付（更新）申請書  年　　月　　日  （宛先）山武市長  申請者　住所  氏名  　　電話  次のとおり、ひとり親家庭等医療費等助成受給券の交付（更新）を申請します。  申請にあたり、市が受給資格の審査に必要な事務手続を処理するために限って、児童扶養手当の手続きにおいて提出した、養育費等に関する申告書及び戸籍等に記載された情報を収集し、利用することに同意します。  高額療養費の一部又は全部を山武市が負担した場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を私が山武市へ支払います。また、国民健康保険の加入期間は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。  家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を私が山武市へ支払います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 家族構成 | 対象・対象外  の別 | 氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 申請者との続柄 |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険の種類 | 被保険者の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 |  | | | | | | 番号 | | | |  | | | | | |
| 保険者名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 |  | | | 資格取得年月日 | | | | | | | |  | | | | |
| 所得の状況 | 同意書  市が、受給資格の審査に必要な事務手続を処理するために限って、受給資格がなくなるまでの期間、地方税関係情報について取得することに同意します。  （本人） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護受給状況 | □受けている　　□受けていない　　□申請中 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※所得の可否 | □適　　　　　□否 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 注1　※印の項目については、山武市で記載しますので記入しないでください。  注2　その他の添付書類  　　ア　保険証　　イ　戸籍の謄本又は抄本　　ウ　世帯全員の住民票の写し  　　エ　受給資格を証する書類　　オ　養育費に関する申告書  児童扶養手当証書をお持ちの方は、窓口に提示するとイからオまでは省略できます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |