

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

新規
更新

(宛先) 京都市長				年 月 日				
申請者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) -				申請者の氏名 扶養者との続柄 ()				
<p>京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第3条第1項の規定により、受給者証の交付を申請します。 なお、同条例第2条に係る調査（世帯状況、課税状況、医療保険資格情報、生活保護受給の有無等）を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。</p>								
対象者	扶養者 (母、父又 は児童の扶 養者)	住所 フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	氏名	電話	- 生年月日					
	児童① 扶養者との続柄 ()	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	氏名	年 月 日	生年月日					
	児童② 扶養者との続柄 ()	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	氏名	年 月 日	生年月日					
児童③ 扶養者との続柄 ()	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
氏名	年 月 日	生年月日						
児童④ 扶養者との続柄 ()	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
氏名	年 月 日	生年月日						
ひとり親家庭等に なった事情	<input type="checkbox"/> 死 別 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 離 婚 <input type="checkbox"/> 拘 禁 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 両親不在 <input type="checkbox"/> 遺 壱 <input type="checkbox"/> 重度障害※ <input type="checkbox"/> 婚姻によらない母又は父				障害の程度 住所 氏名	※重度障害の配偶者の状況 身体障害者手帳 () 級 精神障害者保健福祉手帳 () 級 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) 判定 その他 ()		
	発生年月日							
	年 月 日							
	生年月日					年 月 日		
主として 世帯の生計を 維持する者	住所 フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
	氏名	電話	- 生年月日					
					年 月 日			
上記以外で 生計を一にする者 □いらない	住所 フリガナ							
	氏名	電話	-	続柄	生年月日			
	住所 フリガナ							
	氏名	電話	-	続柄	生年月日			
生計を一にしない 同居人 □いらない	住所 フリガナ							
	氏名	電話	-	続柄	生年月日			
	住所 フリガナ							
	氏名	電話	-	続柄	生年月日			
加入 医療 保険	被保険者 の住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				資格取得年月日 (扶養者)	年 月 日	
	被保険者 の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				扶養者との続柄 ()	資格取得年月日 (児童①)	年 月 日
	保険者番号					資格取得年月日 (児童②)	年 月 日	
	証記号・ 番号					資格取得年月日 (児童③)	年 月 日	
	証発行機関 の名称	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				資格取得年月日 (児童④)	年 月 日	
	□加入医療保険の詳細は別紙のとおり							
付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。							

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

※本市使用欄							課 長	係 長	係 員
上記の申請に基づき裏面のとおり決定する。 年 月 日									

所得状況確認欄							
所得の内訳		の年分所得		の年分所得		の年分所得	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人(老扶人)		人(老扶人)		人(老扶人)	
前年の所得額		円		円		円	
控除	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	一律	80,000円		80,000円		80,000円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別	円		円		円	
除	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	
	障害者、特別障害者、寡婦(夫)、特別寡婦、勤労学生、ひとり親の別	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親	円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親	円
	本年の災害・医療費	円		円		円	
	給与所得・年金等に係る所得に対する控除	円		円		円	
控除後の所得額		円		円		円	

添付資料確認欄	□戸籍謄本	□保険確認書類	□同居者・扶養関係者等調書	□民生・児童委員の確認書
	□個人番号利用に関する申告等について		□申立書()
	□その他(

審査結果						
認定・却下	氏名	受給者番号	資格取得日	有効期限	証交付日	却下通知書送付日
□認□却						
□認□却						
□認□却						
□認□却						
□認□却						
認定事由	01 ひとり親世帯認定	(旧住所区での認定の記録等)		11 主たる生計維持者の所得制限超過	17 他制度該当()	
	03 市外転入			12 ひとり親世帯非該当	18 死亡	
	04 保険資格取得			13 年齢非該当	19 その他()	
	05 出生			14 市内転出		
	09 その他			15 市外転出		
	04 区間異動			16 保険資格喪失		
備考						