

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

住 所 広島市 区

氏 名

(連絡先TEL - - )

次のとおり、広島市長宛申請します。また、申請受付後、認定に際して私及び私の同一世帯員（別世帯の世帯員についても下記のとおり別世帯の世帯主の同意を得ています。）の所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料により確認され、また、他の制度の受給状況を確認されることに同意します。なお、私及び私の同一世帯員のうち、公簿により課税状況が確認できない場合は、課税となるような所得を得ていないことを申告します。

(住民票が別世帯になっている方の世帯主 氏 名 )

フリガナ 世帯員氏名	性別	続柄	生年月日	同居 別居	障害 有無	年分 所得税の額	対象者・扶養 義務者等の別	みなし 特扶	年少
-----	男 女	(申請者) 本人	TSHR .	/	有 無	円	対・扶・その他		
-----	男 女		TSHR .	同 別	有 無	円	対・扶・その他		
-----	男 女		TSHR .	同 別	有 無	円	対・扶・その他		
-----	男 女		TSHR .	同 別	有 無	円	対・扶・その他		
-----	男 女		TSHR .	同 別	有 無	円	対・扶・その他		

ひとり親家庭等 となった事由	<input type="checkbox"/> 死 別(父・母) <input type="checkbox"/> 生死不明(父・母) <input type="checkbox"/> 障 害(父・母) <input type="checkbox"/> 離 婚 <input type="checkbox"/> 遺 棄(父・母) <input type="checkbox"/> その他( )		
事由発生日	昭和・平成・令和 年 月 日		

加 入 健 康 保 険 等	保 險 種 別	協会けんぽ・船員・日雇・共済・健保組合・国保・国保組合・後期高齢保険		
	被 保 険 者 氏 名		あなたとの続柄	
	記 号 ・ 番 号	記号	番号	
	保 険 者	発行機関名	保険者番号	
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		

年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 広島市 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------	--

(注) 1 太線内の該当事項に記入してください。  
 2 住民票が別世帯になっている方については、その方の同意が必要ですので、氏名の記入をお願いします。

申請理由 新規 市外転入( ) 生保廃止( ) その他( ) 更新

	種 類	受 給 状 況	手 当 ・ 年 金 の 記 号 番 号
手当・年金の 受給状況	1 児童扶養手当	1 受けている	
	2 遺族年金	2 受けていない	
	3 障害年金	3 申請中	

受付	係	係長	課長	受給 資格	公費負担者番号		
					有 ・ 無	受給者番号	
	税確認	住民票確認			有 効 期 間	令和 年 月 日から	
						令和 年 月 日まで	

発行年月日	令和 年 月 日
-------	----------