

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書

平成 年 月 日

いすみ市長

様

申請者 住所

氏名

㊟

TEL

家族構成	※対象・対象外の別	氏名		生年月日	申請者との続柄	備考	
				・	・	本人	
				・	・		
				・	・		
				・	・		
				・	・		
保険の種類	被保険者氏名						
	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	助成資格の審査のため所得及び諸控除の額の確認が必要となります。 次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。						
	□ 所得に関する証明書を添付する						
	□ いすみ市が保有する市民税に関する情報の所得及び諸控除の額について、いすみ市が調査することに同意します。						
	生活保護受給状況	□受けている □受けていない □申請中					
※所得の適否		□ 適 □ 否					
振金 込融 先機 関	銀行					支店	
	1 普通	口座番号					
	2 当座	名義人					

注 1 ※印の項目については、いすみ市で記載しますので記入しないでください。

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、窓口に提出するとイ～オは省略できます。