

様式第2号（第8条関係）

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書

年 月 日

いすみ市長 様

申請者 住 所
氏 名
T E L

家 族 構 成	※対象・ 対象外 の 別	氏 名	生年月日	申請者との続柄	個人番号
			・ ・	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 等 の 状 況	助成資格の審査のため、世帯（生計同一の扶養義務者を含む。）の市民税の課税状況について、いすみ市が調査することに同意します。				
	申請者				
	児童扶養手当受給状況	☐ 受けている ☐ 受けていない ☐ 申請中			
	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			

注 ※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。

◎その他の添付書類

ア 健康保険の資格確認書等の写し イ 戸籍の謄本又は抄本

ウ 世帯全員の住民票の写し エ 養育費に関する申告書

オ 受給資格を証する書類

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。