

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

親・番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

遠軽町長 様

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付に係る申請をします。

注) 申請者は①～⑪欄を記入してください。
(※欄は記入しないでください。)

① 住所 遠軽町

申請者

② 氏名 印

③ 対象者(親等)との続柄 (本人・他)

同意書

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請及び次年度以降の更新にあたり、私と私の属する世帯主及びすべての世帯員に係る国税および地方税法の規定による所得並びに市町村民税の状況を町長が調査することに同意します。

④ 氏名 印

※ 受給者番号																			
当 初 の 申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	区 分		親 等				子 等											
		ふりがな																	
		⑤ 氏 名																	
		⑥ 生 年 月 日		昭 平	年 月 日	平 令	年 月 日	平 令	年 月 日	平 令	年 月 日	平 令	年 月 日						
		⑦ 申請者との続柄		(本人・他)															
	⑧ 同居・別居の別		同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居								
	別居地																		
	別居の理由																		
	⑨ 父母の状況		父 氏名		※ 申請者と同一の場合は記入不要				父 状況		・生存 ・死亡 (年 月 日)								
			母 氏名		※ 申請者と同一の場合は記入不要				母 状況		・生存 ・死亡 (年 月 日)								
⑩ ひとり親家庭等となった理由		・死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害 ・両親の死亡・両親の行方不明・その他				発生		年月日 年 月 日											
⑪ 医療保険		被保険者名		住所		※ 申請者と同一の場合は記入不要				勤務先		又は							
		保 険 種 別		政・国・国退・組・共		記 号 番 号				証発行		機関名							
※ 添付書類		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> その他																	

※ 当 初 決 定 欄	※ 所得状況	1.公簿確認(裏面) 2.所得証明 3.その他				
	課 長	主幹等	係 長	担 当	税務課	
					担当	

- 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。
- 次の理由により上記申請を却下する
(理由: 所得制限超過 他)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付に係る主たる生計義務者の所得状況調査書

区分	年度	年度	年度	年度	年度	年度	備考
	主たる生計義務者の所得状況	主たる生計義務者の所得状況	主たる生計義務者の所得状況	主たる生計義務者の所得状況	主たる生計義務者の所得状況	主たる生計義務者の所得状況	
① 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人(人)						
② 前年の所得額	円	円	円	円	円	円	
③ 控除額計	80,000 円						
④ 控除後の所得額	円	円	円	円	円	円	
⑤ 課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税						
⑥ 負担区分該当状況	<input type="checkbox"/> ・非課税・(3歳未満) (年 月迄)						
	<input type="checkbox"/> 1割負担						
⑦ ※ 認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定						

重度・ひとり親・乳幼児医療給付(北海道医療給付)事業

1 所得制限の対象範囲

主たる生計維持者とし、世帯合算を行わない。 ※ 主たる生計維持者の決定(健康保険者証の主名や所得税等の扶養者、国の各種制度受給状況等)

2 所得の制限

区分	扶養親族数						基準：児童扶養手当法
	0人	1人	2人	3人	4人	5人	
所得額	2,360,000	2,740,000	3,120,000	3,500,000	3,880,000	4,260,000	