

母子家庭等医療費受給者証交付申請書

				世帯番号	
受給者氏名	生年月日	続柄	住所		受給者番号
母(父)	S・H・R	本人			
子	S・H・R	子		同上	
子	S・H・R	子		同上	
子	S・H・R	子		同上	

扶養義務者	S・H・R			同上
-------	-------	--	--	----

養育費に関する申告	
前配偶者から前年中(1月から12月までの1年間)に受け取った養育費について記入ください。(養育費の8割を所得として加算いたします)	万円

加入医療保険		
保険者番号	保険種別	記号番号
	1 2 3 4 5 6 7 8 政協組日船共国 国組 後	
保険者名	被保険者名	母等との続柄
		被保険者住所

交付申請事由	
1. 母子該当 2. 転入 3. 生保廃止 4. 保険取得 5. 所得要件該当 (年度まで非該当、 年度から)	
6. その他 () 交付事由該当年月日 (年 月 日)	

母子家庭等になった状況	
1. 配偶者と死別 2. 離婚 3. 配偶者の生死不明 4. 遺棄 5. 未婚の母・父	
6. その他 () 状況該当年月日 (年 月 日)	

上記の通り母子家庭等医療費受給者証の交付を申請いたします。

川西市母子家庭等医療費助成制度の助成対象期間内において、所得要件の適否、負担区分の判定に関して市民税課税資料や住民基本台帳など必要な情報の確認を行うことを承諾します。
また、児童扶養手当の受給状況等の確認を行うことを承諾します。

令和 年 月 日

受付者	証作成者	交付
		窓口
		郵送

申請者 住所

氏名

電話 — —

子のチェック項目

振込先口座	扶養義務者	加入健康保険
<input type="checkbox"/> 変更不要	<input type="checkbox"/> 変更不要	<input type="checkbox"/> 変更不要
<input type="checkbox"/> 変更済	<input type="checkbox"/> 変更済	<input type="checkbox"/> 変更済
<input type="checkbox"/> 医療費申請書交付		