第２号様式（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　　南房総市長　宛申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　南房総市ひとり親家庭等医療費等助成資格について、次のとおり申請します。 |
| 　 | 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（注） | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 本人 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険の種類 | 被保険者の氏名 | 　 |
| 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。□　市が保有する市町村民税に関する情報の所得及び諸控除の額について、市が調査することに同意します。□　所得に関する証明書を添付します。 |
| 生活保護受給状況 | 　□受けている　□受けていない　□申請中 |
| ※所得要件の適否 | 　□適　　　　　□否 |
| 種別 | * 新　規
 | 申請月が１月から１０月のときは、前々年の所得とし、１１月から１２月のときは前年の所得で審査を受けます。 |
| * 再認定
 | 申請の月にかかわらず、前年の所得で審査を受けます。 |
| 確認承諾書　市が、助成資格の審査のために必要な書類(医療保険各法の規定による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類及び世帯全員の住民票)で確認できるものについては、市において確認することを承諾します。　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　（注）この申請に当たって、正しい個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5号に規定する個人番号をいう。）を記入して市へ申請したことがあり、引き続き当該個人番号に変更のない人の個人番号の記載は省略することができます。　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、窓口に提示するとイ～オは省略できます。 |

　　　※　制度区分　　　□児扶手当　　　□父子家庭　　　□年金世帯　　　□市単独

　　　※の部分は、市で記入します。