

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書

年 月 日

九十九里町長 様

ひとり親家庭等医療費等受給資格の認定を申請します。

また、返還金が生じた場合の振込口座として、下記口座を指定します。

申請者	住所 九十九里町				電話番号 - -								
	フリガナ 氏名				生年月日 年 月 日								
家族構成	氏名	生年月日	個人番号	続柄	※町記入								
					対象・対象外								
					対象・対象外								
					対象・対象外								
					対象・対象外								
保険	1 国民健康保険 2 その他												
同意欄	私は、九十九里町ひとり親家庭等医療費等の助成を申請するに当たり、本制度を利用する間、以下の内容について同意します。 1 町が、受給資格の審査のため、地方税関係情報、住民登録情報、国民健康保険加入状況、医療費情報等の個人情報について、公簿等（マイナンバー情報照会を含みます。）により確認すること。 2 高額療養費及び付加給付金の支払状況等必要な事項について加入保険者へ照会すること。 3 高額療養費について九十九里町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を町へ支払うこと。 4 付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ支払うこと。												
		氏名	続柄	個人番号									
	申請者		本人										
	扶養義務者												
	※扶養義務者とは、申請者と同居し、かつ、生計を同じくしている3親等内の直系血族及び兄弟姉妹のことです。												
	その他	公的年金受給状況		☐ 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						
		重度心身障害者医療費助成		☐ 受けている	☐ 受けていない		☐ 申請中						
	振込先	銀行 支店		口座名義（カナ）					普通 当座				
	口座番号【 】												

【添付書類】①被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写し、②戸籍の謄本又は抄本、③世帯全員の住民票の写し、④受給資格を証する書類、⑤養育費に関する申告書
※児童扶養手当証書（写し）を提出することにより、②～⑤は、省略可能です。