

令和5年度

ひとり親家庭等医療費助成制度 世帯状況等確認票

ひとり親家庭等医療費助成制度の申請にあたり、申請者及び世帯員の令和4年分の所得税額を審査し、6月までの受給資格を決定します。

つきましては、審査のため下記の事項について記入していただき、申請書類とともに提出してください。

申請者

函南 花子

TEL

090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

①対象児童 ^{※1} の他に同居家族、同居人はいますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
「はい」の場合、その方の氏名・続柄を記入してください	
(氏名 函南 花美)	(続柄 母)
(氏名)	(続柄)
(氏名)	(続柄)
(氏名)	(続柄)
(氏名)	(続柄)
(氏名)	(続柄)
※住民票の世帯が別でも一緒に住んでいる方がいる場合は記入してください	
②対象児童のうち、大学進学等の理由で住所が別になっている児童はいますか？	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
「はい」の場合、氏名・住所・理由を記入してください	
(氏名)	(理由)
(住所)	
※進学が理由の場合は、学生証を台紙に貼り付けてください	
③あなたと対象児童の健康保険証は同一ですか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
「いいえ」の場合、その方の氏名・保険者名を記入してください	
(氏名)	(保険者名)

○対象児童^{※1}…申請書に記載されている児童のこと