

様式第1号 (第5条関係)

<p style="font-size: 1.2em;">ひとり親家庭等医療費助成金受給者証 { 交付 更新 } 申請書</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">熱海市長 あて</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 連絡先</p> <p style="font-size: 1.2em;">次のとおり、ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、受給者証の { 交付 更新 } を申請 します。</p> <p style="font-size: 1.2em;">また、受給資格の有無及び所得に関して公募等で確認されることに同意します。</p>						
医療費の給付を受ける者	氏名	個人番号	性別	住所	生年月日	申請者との続柄
			男・女			本人
			男・女			
			男・女			
			男・女			
扶養義務者			男・女			
			男・女			
			男・女			
加入医療保険	記号番号	記号			番号	
	保険者名	<input type="checkbox"/> 熱海市 <input type="checkbox"/>				
	所在地					附加給付の有無
	加入者名					有・無
支払希望 金融機関	名称	支店名	口座名義 (カタカナ)	口座種別	口座番号	

区 分	申 請 者	扶養義務者	扶養義務者	扶養義務者
氏 名 (生年月日)	昭和・平成 ・	昭和・平成 ・	昭和・平成 ・	昭和・平成 ・
申請者との 続柄				
所得税申告書等 の写しの有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
所得税の 課税の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
市区町村民税の 課税の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
市区町村民税の 課税所得額	円	円	円	円
控除対象 扶養親族等の数	() 人	() 人	() 人	() 人