

天草市ひとり親家庭等医療費助成受給資格者認定申請書

平成 年 月 日

天草市長 中村 五木 様

住所 天草市 町

申請者 氏名 印

(自署する場合は、押印は不要です。)

電話番号

下記のとおり天草市ひとり親家庭等医療費助成金受給者の認定を申請します。  
 なお、決定にあたり、私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

記

申請者の記入欄	保護者氏名	個人番号	住所			
	助成対象者	氏名	生年月日	続柄	番号	備考
				保護者	0	
					1	
					2	
					3	
				4		
	保 険	種 類	国保・政(社保)・組合・共済・その他( )			
		保 険 者 証	記 号	番 号		
		被 保 険 者 氏 名			申請者との続柄	
事 業 所 名				付加給付	有( 円)・無	
保 険 者 名 称						
支 払 希 望 金 融 機 関	銀 行 名			支 店 名		
	普通 当座		口 座 番 号			
	口 座 名 義 ( カ ナ )	天草市会計管理者 様 上記のとおり口座振替をお願いします。				

※市記入欄	下記のとおり認定(却下)してよろしいか伺います。			決	課長	係長	担当者
				裁			
	資格取得年月日	平成 年 月 日					
	認定年月日	平成 年 月 日	却下年月日	平成 年 月 日			
	受給資格証	記号	番号				
	添付書類	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書(該当年月日) 平成 年 月から (記号) 天草児扶(番号) <input type="checkbox"/> 各種年金(種類) (該当年月日) 平成 年 月 ~ (記号) (番号) <input type="checkbox"/> 平成 年度所得証明書 <input type="checkbox"/> 警察署の証明 <input type="checkbox"/> 課税(均等割・所得割) 有・無 <input type="checkbox"/> 拘禁証明 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 民生委員等の証明 <input type="checkbox"/> 戸籍確認 <input type="checkbox"/> 診断書					

※この欄は、記入しないでください。