茂原市ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書

年　　月　　日

（宛先）茂原市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　族　構　成 | 氏名 | 生年月日 | 申請者との続柄 | 個人番号 |
| 　 | ・　・ | 本人 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　年1月1日の住所： |
| 　 | ・　・ |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　年1月1日の住所： |
| 　 | ・　・ |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　年1月1日の住所： |
| 　 | ・　・ |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　年1月1日の住所： |
| 　 | ・　・ |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　年1月1日の住所： |
| 保険の種類 | 保険者名称 | 　 |
| 被保険者等記号 |  | 被保険者等番号 |  |
| 本人家族の別 |  本人・家族  | 資格取得年月日 | 年　　月　　日 |
| 所得の状況 | □茂原市が保有する私の世帯の市民税に係る課税状況、所得及び控除額の額に関する情報等について、公簿等により茂原市が確認することに同意します。なお、公簿等で確認できない情報がある場合、市町村民税課税証明書等の関係書類を提出します。 |
| 生活保護受給状況 | 　□受けている　　□受けていない　　□申請中 |
| ※所得の適否 | 　□　適　　　　　　□　否 |
| 振　込　先金融機関 | □児童扶養手当と同じ口座を希望する。（振込先金融機関は記入不要） |
| 銀行・信金・信組労金・農協・漁協　　　　　　　　　　支店・支所 |
| 1　普通2　当座 | 口座番号 | 　 |
| 名義人 | 　 |

　注　※印の項目については、茂原市で記載しますので記入しないでください。