

別記第1号様式（第7条）

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：
保険類の	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。