|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 様式第１号（第９条関係）母子及び父子家庭等医療費受給者証交付申請書（現況届）兼受給者台帳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証記号番号 | | | 母・父・養 | | | | |
| ① | ふりがな  氏名  個人番号 | |  | | | | | | | |  | | | | 生年月日 | | | | | |  | | | | | ⑦ | 保険の種類 | | | | | | |  | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | |  | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保 険 状 況  加 入 医 療 | 被保険者証記号番号 | | | | | | |  | | | | 申請者  との続柄 | |  |
| 職　　　　　　　業 | |  | | | | | | | 勤務先 | | | | |  | | | | | | | | | | | 保険者所在地 | | | | | | | 電話 | | | | | | |
| 勤務先住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 付加給付の有無 | | | | | | | （自己負担額　　　　　円） | | | | | | |
| 生活保護  受給状況 | | 受給（ 　年　 月　 日から）非受給 | | | | | | | | | | 児童扶養手当  受給状況 | | | | | | | | | 受給（　　年　　月から）  非受給 | | | | 上記のとおり、母子及び父子家庭等医療費　　受給者証の交付を申請します  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 助成事業の現況を届出します | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 母子・父子家庭等  となった事由 | | ア．離婚　イ．（父・母）死亡　ウ．（父・母）障害　エ．（父・母）生死不明  オ．（父・母）遺棄　カ．（父・母）拘禁　キ．未婚の女子で父がいない  ク．（キ）かどうか不明　ケ．父母死亡　コ．その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 国頭村長 | | | | | | | | 年　　月　　日  住　 所 | | | | | | |
| ③ | 離婚を解消した児童の父又は母の氏名 | |  | | | | | | | | | 解消年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 受 給 者　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |
| ④ 家 族 の 状 況 | ふりがな  氏名  個人番号 | | 生年月日 | | 続柄 | 性別 | | | 同居・  別居の別 | | | | | 監護・養育  開始年月日 | | | | | | | | | | 対象・  非対象の別 | 備考 | ⑧　所　得　の　状　況 | | 所得者氏名 | | | | | | | 受　給　者 | | 配　偶　者 | | 扶養義務者 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | 年度所得額 | | | | | | | 円 | | 円 | | 円 | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | ⑨ | 配偶者及び扶養親族数（老人扶養親族） | | | | | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　人） | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | ⑩ | | 12月31日現在で生計を維持している児童数 | | | | | 人 | | 人 | | 人 | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | ⑪　控　除　額 | | | 障害者控除  （障・特障） | | | | 人  円 | | 人  円 | | 人  円 | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | 障害者・特別障害  老年・寡婦・勤労 | | | | 障・特障・老・寡・勤  　　　　　円 | | 障・特障・老・寡・勤  　　　　　円 | | 障・特障・老・寡・勤  　　　　　円 | |
| ⑤障害の状況  の状 | 氏　　　　　　名 | | | 障　害　名 | | | | 手 帳 等 の 番 号 | | | | | | | | 等　級 | | | | | | | | 有期認定状況 | | その他の控除 | | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | 有・無  次期　　　年　　　日 | | 社会保険料相当 | | | |  | |  | |  | |
| 確　認　事　項 | ア　身障手帳　イ　療育手帳　ウ　児童扶養手当証書　エ　その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 控除額合計 | | | |  | |  | |  | |
| ⑥振込先金融機関 | |  | | | | |  | | | | | | | | | | 種類 | | | | | |  | | | ⑫控除後の所得 | | | | | | |  | |  | |  | |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | | | 名義人 | | | |  | | | | | | | ⑬　所　得　限　度　額 | | | | | | | | |  | |  | |  | |
| ※　提　出　書　類  　　確　認　方　法 | | ア　戸籍謄本（抄本）　イ　住民票謄本（抄本）  ウ　所得証明書　　　　エ　健康保険証  ※　児童扶養手当証書提示（ア～ウ省略） | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※　⑭届出の状況 | | | | | | ※　証書交付日 | | | | | | ※　備考 | | | | | | | | |