

様式第1号（第3条関係）

黒石市ひとり親家庭等医療費受給資格証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

黒石市長 様

申請者	住所	黒石市
	氏名	Ⓜ
	電話番号	— —

受給資格の審査のため、必要があるときは、私及び私と同じ世帯の者の所得課税状況を市が官公署に照会し、報告を求めることに同意します。

給付対象者	ふりがな 氏名					
	生年月日	S H . .	H R . .	H R . .	H R . .	
	続柄	本人				
	申請者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	申請者氏名					
	ひとり親家庭等 となった原因					
	ひとり親家庭等となった年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	加入 保 険	保険の種類				
		記号番号				
		附加給付の有無				
保険者 所在地						

資格証交付番号

第 号

認める
給付対象者と
認めない

給付対象者と認める年月日 年 月 日

認めない理由

現住所	黒石市				児扶	No.
本籍地					年金	No.
同居家族員	氏名	続柄	生年月日	個人番号	職業	勤務先または学校名
		本人	S H . . .			

※ 養育費がある場合、記入して下さい 月額・年額 円

年分所得額調べ				世帯コード		
区分	受給者	配偶者	扶養義務者	扶養義務者	扶養義務者	
氏名	本人					
扶養親族 (うち老人扶養・特定)	人 ()人	人 ()人	人 ()人	人 ()人	人 ()人	人 ()人
所得額						
控除① 障害特障老	人 人 年					
控除② 配医雑小	特療損規					
社保	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000	80,000
控除後の所得額						