

母子家庭等医療費助成制度にかかる状況確認書

母子家庭等医療費助成の認定にあたっては、生活状況を正確に把握する必要がありますので、以下の項目について回答をお願いします。なお、回答は、児童の母・父または養育者の方がご記入ください。

1 同居している家族について (住民票上、別世帯であっても、同居している人) 全員について記入して下さい。

氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	

※続柄は、申請者(本人)からみた続柄を記入。

2 母子(父子)家庭等となった理由 (1~4のうち、該当する番号に○をつけてください。)

理由	1. 死別 (夫 ・ 妻 ・ 両親)
	2. 離婚 (夫 ・ 妻)
	3. 遺棄 (父 ・ 母 ・ 両親)
	4. 未婚※ (父 ・ 母)
	5. その他 ()
理由に該当した日	平成・令和 年 月 日

3 生計維持の方法

生計維持の方法	給与等収入	(月 円)	
		勤務先:	
	養育費	(月 円)	
		受領方法:	
	生活保護	(月 円)	
	親族の援助	(月 円)	
	氏名:	続柄:	住所:
その他	(月 円) ※遺族年金・障害年金など		
	内訳:		
居住する住宅	イ持家 所有者:	続柄	
	ロ賃貸 契約者:	続柄	

⇒裏面もご記入ください。

4 その他確認事項について

ア)健康保険の加入状況:申請者と児童の健康保険が同じである [はい・いいえ]

※[いいえ]の場合は、その理由を記入してください。

.....

イ)対象児童の状況について:同一住所である [はい・いいえ]

※[いいえ]の場合は、その理由を記入してください。

.....

ウ)現在、婚約している、または近々、婚姻(同居)予定である: [はい・いいえ]

※[はい]の場合は、その理由を記入してください。

.....

エ)これまで母子家庭等医療費を受給していたことがある: [はい・いいえ]

※[はい]の場合は、その理由を記入してください。

市・町において(平成・令和 年 月 日)まで受給

.....

上記のとおり、状況確認書を回答します。また、児童扶養手当の請求状況を参照することを了承します。

令和 年 月 日 申請者住所 稲美町

稲美町長様 氏名

..... 以下の記入は不要です。

■ 必要書類(○印のついている書類をご用意ください)

●	戸籍謄本	本籍地で発行 ※発行後、1ヶ月以内に満たないもの)
●	健康保険証	受給対象者全員の健康保険証
	所得課税証明書	年度(年中収入分)※1月1日現在の住所地で発行
	申立書	<input type="checkbox"/> 監護状況申立書 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td></td><td>民生委員の状況確認書・意見書</td><td>※必要に応じてお願いします。</td></tr><tr><td></td><td>その他</td><td><input type="/> 在学証明書 <input 103="" 127="" 865="" 922"="" data-label="Text" type="checkbox/>()</td></tr></table></div><div data-bbox="/> <p>備考</p>

.....
.....

必要書類は、申請後1ヶ月以内に提出してください。必要書類が1ヶ月以上経過しても揃わない場合は、申請書類を返却します。