（認定請求書添付用）

ひとり親家庭医療費受給資格認定を受けるにあたって

ひとり親医療費受給資格の認定にあたり、私の同居世帯の所得状況及び戸籍・住民票について、市役所において調査することを同意いたします。

また、ひとり親家庭医療受給資格認定が認定されたあとに医療費助成を受ける資格がなくなったときは、すぐに市役所に届け出を行うことを確約します。

令和　　年　　月　　日

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連 絡 先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

扶養義務者（申請者の父母、兄弟姉妹など）と同居している場合は、全員を記入してください。（申請者及び対象児童以外）

住所			
氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	

市役所記載欄			
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	
所得金額		扶養人数	