

申請日

令和 年 月 日

被扶養者確認票（ひとり親家庭医療費助成申請用）

申請者本人、被扶養者、同居している人及び別居している同一生計の人の全員について、記入上の注意をよくお読みいただき、下欄の該当事項に「○」又は必要事項をご記入ください。

記入上の注意

1 住民票の世帯が異なっても、児童の扶養者、同居している(一つ屋根の下で暮らす)児童の親族(祖父、祖母等)は、必ず全員ご記入ください。

2 「年少」欄は 平成22年1月2日～令和7年12月31日生まれ の扶養親族(0～15歳)です。
「特定」欄は 平成20年1月2日～平成22年1月1日生まれ の扶養親族(16～18歳)です。

3 「扶養者」欄は、扶養者が父母以外(祖父母等)の場合、「その他」欄にその扶養者の氏名をご記入ください(令和3年12月31日時点における年末調整又は確定申告時に申告された扶養親族の状況により、ご記入ください。)

4 一人のお子さんについて、複数の扶養者(母と祖父等)が同時に扶養することはできません。

No.	氏 名	生年月日 ※交付申請書に記載がある人は、省略可	年少	特定	続 柄	扶養者(該当に○又は氏名を記入)			
			(0～15歳)	(16～18歳)	(①欄の者との関係を記入)	父	母	その他(祖父母等)	扶養者無
	(記入例) 山口 一郎	令和元年 5 月 1 日	○		子		○		
①		昭和 平成 令和 年 月 日			申請者本人				
②		昭和 平成 令和 年 月 日							
③		昭和 平成 令和 年 月 日							
④		昭和 平成 令和 年 月 日							
⑤		昭和 平成 令和 年 月 日							
⑥		昭和 平成 令和 年 月 日							
⑦		昭和 平成 令和 年 月 日							
⑧		昭和 平成 令和 年 月 日							

※職員記入欄(該当人数)

※上記のうち同居していない人の住所をご記入ください。

No.	氏 名	現住所

同意事項等

1 被扶養者確認票に記載された事項について、市長が申請者及び受給者に内容を確認すること。

2 扶養状況の確認ができない場合は、必要に応じて旧住所地の市町村に照会すること。

3 受給者及び税扶養者の扶養状況の内容の確認のために市長が必要と認めるものを提出すること。

4 記載された扶養情報をもとに医療費助成を決定した後、被扶養者確認票に記載された扶養の事実虚偽があり、福祉医療の受給要件を満たさなかった場合、助成の決定を取り消すとともに受給者に対して給付した助成額の全部又は一部を市長に返還すること。

(宛先)柳井市長 「同意事項等」に同意の上、福祉医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

住所

申請者

氏名

上記の者の福祉医療費受給者証の交付及び更新並びに次回更新の要件を確認するため、課税資料から私の世帯の課税状況を調査することに同意します。

申請者と住民票が異なる世帯の人は、記入してください。

住所

氏名