

【記入方法】

令和 6 年度 浦安市ひとり親家庭等医療費等助成現況届

受給者番号					
氏名					
		今年1月1日時点の住所			
		都道府県		市区町村	
		〔電話〕			
受給状況	生活保護	受給・非受給	重度障がい者医療費助成	受給・非受給	
	氏名	生年月日	同居別居の有無	障害の有無	
			同・別	有・無	
扶養義務者	氏名	続柄	生年月日		
保険証	前年11月以降の保険証の変更	有	※有の場合は保険証（本人・児童）の写しを添付してください。		
扶養上の	前年12月31日時点、満16～18歳の児童の税法上の扶養	有	氏名		
前年の養育費の有無	無・有				
ひとり親家庭等医療費等助成の審査に必要な私及び同居の家族における所得等の状況を確認することに同意します。					
(宛先) 浦安市長		令和 年 月 日	氏名		

今年1月1日時点の住所が浦安市でない場合は市町村名まで記入してください。
また、電話欄はご本人様の電話番号を記入してください。

生活保護の受給状況について、該当する方に○をつけてください。

重度障がい者医療費助成の受給状況について、該当する方に○をつけてください。

対象家族と同居している → 「同」、
別居している → 「別」、
障害の有無に○をしてください。

受給者本人から見た扶養義務者との続柄を記入してください。
例) 父・母・兄・姉等

平成17年1月2日～平成20年1月1日生まれの方を扶養している場合は有に○をつけてください。

2023年1月～12月の一年間に元配偶者から養育費を受け取った場合は、金額まで記入してください。

記入日と署名を記載してください。
この記載がないと審査することができませんので、必ず記入してください。

◎記入の際の留意事項

- ・昨年11月以降に保険証の内容に変更がある方は、お持ちの保険証の写しを提出してください。
- ・養育費については、事実に基づいて正確に記入してください。虚偽があったことが判明した場合は、助成した医療費を返還いただく場合があります。
- ・ご不明なことがありましたら、こども課までお問合せください。