|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 　　月 　　日  申請者　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  電話 | | | | | | | | | | | | |
|  | 家　族　構　成 | 対象・対象外  の　　　　別 | 氏　　　　　名 | | | | 生　年　月　日 | | | | 申請者との  続　　　柄 | 備　　考 |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | | 本　人 |  |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | |  |  |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | |  |  |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | |  |  |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | |  |  |
|  |  |  | | | | ・　　・ | | | |  |  |
|  | 保 険 の 種 類 | 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
|  | 住　　　所 |  | | | | | | | | | |
|  | 記　　　号 |  | | | | | 番号 |  | | | |
|  | 保険者名称 |  | | | | | | | | | |
|  | 所　在　地 |  | | | | | | | | | |
|  | 交付年月日 |  | | | | | 資格取得年月日 | |  | | |  |
|  | 所　得　の　状　況 | 助成資格の審査のため所得及び諸控除の額の確認が必要となります。次の方法のうちいずれかを希望される□に「***レ***」を記入してください。  □　所得に関する証明書を添付する。  □　白子町が保有する町民税に関する情報の所得及び諸控除の額について、白子町が調査することに同意します。 | | | | | | | | | | |
|  | 生活保護受給状況 | | | □受けている　　　□受けていない　　　□申請中 | | | | | | | |
|  | **※**　所 得 の 適 否 | | | □　適　　　　　　□　否 | | | | | | | |
|  | 金融機関  振 込 先 | 銀行 ・ 農協 ・ 信組 ・ 信金　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | |
|  | １　普　通  ２　当　座 | | 口座番号 | |  | | | | | | |
|  | （カタカナ）  名義人 | |  | | | | | | |
| **注１　※印の項目については、白子町で記載しますので記入しないでください。**  　　注２　その他の添付書類  　　　　　ア　保険証　　イ　戸籍の謄本又は抄本　　ウ　世帯全員の住民票の写し　　　　　　エ　受給資格を証する書類　　オ　養育費に関する報告書  　　　児童扶養手当証書をお持ちの方は、窓口に提示するとイ～オは省略できます。 | | | | | | | | | | | | |
|  | |

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書