



受付者	確認者
-----	-----

母子・父子家庭医療費受給者証交付申請書（新規・更新）

豊田市長 様

豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

太枠の中のみ記入してください。

受給者番号	812
-------	-----

申請者	住所	令和 年 月 日
	豊田市	
	氏名	電話()

子ども医療費、心身障がい者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。

医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。

氏名

	氏名	個人番号・生年月日	続柄	個人コード・備考
養育者	1			
		年 月 日		
児	2			
		年 月 日		
童	3			
		年 月 日		
		年 月 日		
童	4			
		年 月 日		
童	5			
		年 月 日		

加入保険	記号・番号	被保険者名
	保険者名	保険者番号

要件	<input type="checkbox"/> 死亡 (002)	<input type="checkbox"/> 精神身体の障害 (007)	資格取得日	
	<input type="checkbox"/> 離婚 (003)	<input type="checkbox"/> 拘禁 (008)		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 生死不明 (004)	<input type="checkbox"/> 未婚の母 (009)	備考	
	<input type="checkbox"/> 遺棄 (005)	<input type="checkbox"/> 父母のいない児童 (010)	保険給付開始日	
	<input type="checkbox"/> 海外 (006)		保険扶養認定日	
			別居日	

福祉医療課受付日	<input type="checkbox"/> 番号・本人確認 <input type="checkbox"/> 被保険者名記載
----------	-------------------------------------------------------------------

※ 記入上の注意

裏面に養育費申告書がありますので、忘れずに記入してください。

養育費申告書

年 1月～12月の金額	養育費の有無と金額	備 考
養育者が受け取った養育費	なし・あり(円)	
児童が受け取った養育費	なし・あり(円)	
合 計 額	なし・あり(円)	

この申告書は、母子・父子家庭医療費の受給資格を判定する上で必要となりますので、正確に記入してください。

上記のとおり相違ありません。

氏 名

前年の所得額 (合計所得)				円	
扶養人数		うち老人控除対象配偶者・老人扶養親族 特定扶養親族		人 人 人	
控 除	雑 損			円	
	医 療 費			円	
	社会保険料等	80,000		円	
	小規模企業共済			円	
	一 般 障 害	270,000	×	人=	円
	特 別 障 害	400,000	×	人=	円
	老 年 者		×	人=	円
	ひとり親 (養育者・扶養義務者の場合控除)		×	人=	円
	勤 労 学 生		×	人=	円
	配 偶 者 特 別			円	
そ の 他			円		
計				円	
控除後の所得				円	
		適	否		